

Contribution à l'Etude
de la
Torsion intra-abdominale aigüe
du Grand Epiploon

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 12 Juillet 1934

par

CHEF JEAN

NÉ LE 3 AVRIL 1907 A ARZEW (Oran)

JURY

MM. LOMBARD, <i>Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie</i>	Président
DUBOUCHER, <i>Agrégé (Chirurgie)</i>	Juges
HOUEL, <i>Agrégé (Obstétrique)</i>	
BENHAMOU, <i>Agrégé (Médecine)</i>	

Contribution à l'Etude
de la
Torsion intra-abdominale aigüe
du Grand Epiploon

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 12 Juillet 1934

par

CHEF JEAN

NÉ LE 3 AVRIL 1907 A ARZEW (Oran)

JURY

MM. LOMBARD, <i>Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie</i>	Président
DUBOUCHER, <i>Agrégé (Chirurgie)</i>	Juges
HOUEL, <i>Agrégé (Obstétrique)</i>	
BENHAMOU, <i>Agrégé (Médecine)</i>	

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

DOYEN.	MM. LEBLANC (♂. ♂. I. ♀)
DOYEN HONORAIRE.	HERAIL (♂. I. ♀)
ASSESEUR.	GILLOT (I. ♀)

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique.	N...
Clinique médicale et hygiène infantile.	GILLOT (I. ♀)
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (♂. ♂. I. ♀)
Clinique chirurgicale.	COSTANTINI (♂.)
Clinique obstétricale et puériculture du pre- mier âge.	LAFFONT (♂. ♂. I. ♀)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.	LOMBARD (*. ♂. I. ♀)
Clinique médicale.	AUBRY (♂. ♂. I. ♀)
Histologie et Embryologie.	WEBER (♂. ♂. I. ♀)
Anatomie pathologique.	POUJOL (I. ♀)
Chimie biologique et médicale.	MAILLARD (♂. I. ♀)
Hygiène, hydrologie et climatologie.	N...
Physiologie.	TOURNADE (O. ♂. ♂. I. ♀)
Pharmacie.	MUSSO (I. ♀)
Médecine légale.	GIRAUD (O. ♂. ♂. I. ♀)
Anatomie.	LEBLANC (♂. ♂. I. ♀)
Microbiologie et cryptogamie.	PINOY (♂. I. ♀)
Physique médicale.	PORTES (♂. ♂. I. ♀)
Anatomic médico-chirurgicale et médecine opératoire.	CABANES (♂. ♂. I. ♀)
Parasitologie et zoologie médicale.	SENEVET (♂. I. ♀)
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie.	WUNSCHENDORFF (I. ♀)
Botanique et matière médicale.	FOURMENT (A. ♂. O. O. ✕)
Pathologie générale et clinique psychiatrique.	POROT (I. ♀)
Thérapeutique.	LEBON (♂. ♂. A. ♀)

PROFESSEUR SANS CHAIRE

COURRIER (♂. ♂) Agrégé.	Histologie.
------------------------------	-------------

PROFESSEURS HONORAIRES

ARGAUD (♂. I. ♀)	HERAIL (♂. I. ♀)
------------------	------------------

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-fem- mes.	MM. FUSTER (*. ♂. I. ♀)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	ABOULKER (♂. ♂.)

AGRÉGÉS

Chirurgie.	DUBOUCHER (I. ♀)
	FERRARI (I. ♀)
	MOGGI (I. ♀)
Médecine.	BENHAMOU (*. ♂.)
	LACROIX
Physiologie.	N...
Anatomie.	RIBET (♂. A. ♀)
Chimie médicale.	N...
Obstétrique.	HOUEL (*. ♂. A. ♀)
Histoire naturelle pharmaceutique.	N...
Anatomie pathologique.	MONTPELLIER (I. ♀)

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie.	BATTEZ.
-------------------	---------

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

Je lui dois tout. Je lui dédie ce travail, le premier où elle n'ait pas collaboré, faible témoignage de l'affection et de l'admiration immenses que je lui porte.

Puissent son souvenir et son exemple m'inspirer dans ma carrière et dans ma vie.

A MON PERE

Qu'il m'en soit témoin.

A MA TANTE ROSE DELBOY

Qu'elle aimait tant.

A MA FEMME

A MES DEUX SŒURS : SIMONE ET MIREILLE

Je leur ai consacré ma vie en souvenir d'elle.

A MES JUGES

*Ils ont été des maîtres, admirés.
Qu'ils trouvent ici l'hommage de
ma reconnaissance et de mon très
respectueux attachement.*

A MES MAÎTRES
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A MES AMIS

AUX DOCTEURS

F. LAGROT et W. GOÉAU-BRISSENNIÈRE

Introduction

Nous avons eu l'occasion de nous intéresser récemment à une pièce opératoire appartenant au Docteur F. LAGROT, ancien Chef de Clinique chirurgicale infantile à la Faculté. Il s'agit d'une découverte opératoire chez un malade du Docteur GOÉAU-BRISSENIÈRE opéré par le Docteur LAGROT pour appendicite aiguë.

Le ventre ouvert, le diagnostic opératoire de torsion intra-abdominale aiguë du grand épiploon s'imposait.

Le Docteur LAGROT nous a engagé à étudier la question dans son ensemble et à en faire le sujet de notre thèse.

Nos recherches bibliographiques nous ont, dès le début, déterminé à n'envisager l'omentovolvulus que sous son aspect clinique le moins connu et certainement le plus utile à connaître.

C'est ainsi que nous nous sommes efforcés de ne rapporter que les cas d'omentovolvulus intra-abdominal pur afin d'essayer de les individualiser cliniquement.

Pour être sûrs de n'étudier que des phénomènes de torsion intra abdominale pure, nous avons éliminé toutes les observations où le phénomène était

accompagné d'une hernie apparente dans le canal inguinal. Nous ne voulons nous appuyer que sur les cas où le syndrome abdomino-péritonéal ne coexiste qu'avec un *trajet inguinal imperméable* ou *vide de son contenu herniaire*.

Bref, nous avons voulu laisser au problème abdominal toutes ses inconnues sans que la notion d'épiplocèle étranglée dans un sac herniaire permette de penser à l'omentovolvulus intra-abdominal.

Les traités classiques, à l'exception du *Traité des Hernies* de JABOULAY et PATEL ⁽¹⁾ et de MONDOR (*Diagnostics urgents*) n'étudient pas la question ou ne signalent le cas que comme une rareté.

Ils n'envisagent la question qu'à propos des torsions d'épiplocèles ayant entraîné une torsion intra-abdominale.

La torsion intra-abdominale sans coexistence de phénomènes herniaires n'est pas mise en relief comme une expression clinique que l'on puisse rencontrer.

Elle est cependant beaucoup plus fréquente qu'on pourrait le croire puisque nous avons pu grouper dans cette thèse 90 observations que nous rapportons.

La littérature en cite beaucoup plus. Nous n'avons pas pu nous procurer la totalité des journaux médicaux étrangers. Nous nous bornerons à en citer la référence à la fin de ce travail.

Le premier cas d'omentovolvulus intra-abdominal

⁽¹⁾ JABOULAY et PATEL : *Traité des Hernies*, p. 279.

est publié en 1851 par Pierre de Marchettis dans son recueil d'observations rares ⁽²⁾, il coexiste avec une hernie irréductible et n'entre pas dans le cadre restreint que nous nous sommes imposé.

De même, l'observation d'OBERST en 1882 ⁽³⁾ et celle de DEMONS en 1892 ⁽⁴⁾.

A partir de cette date, les cas se multiplient en Allemagne :

— BAYER, en 1895 ⁽⁵⁾.

— VON EISELBERG, en 1898 ⁽⁶⁾.

En France :

— MONOD et BLANC, in thèse Régnier, Paris 1898.

Tous ces cas ne sont que des exemples de torsions intra-abdominale du grand épiploon associée à un étranglement herniaire. La première observation qui place le problème clinique derrière la paroi abdominale est celle d'EITEL, 5 mai 1899, que nous rapportons (obs. N° 1).

A partir de 1900, les observations de torsion intra-abdominale sans coexistence de contenu herniaire deviennent relativement fréquentes. Mais elles ne sont pas individualisées dans les nombreuses thèses qui étudient l'omentovolvulus.

— Thèse de ROCHE, Paris 1905, qui considère que

(2) PIERRE DE MARCHETTIS : Observations rares, p. 121.

(3) OBERST : *Zentralblatt für Chirurgie*, N° 27, An. 1882.

(4) DEMONS : Congr.s de l'Association française pour l'avancement des Sciences, Pau 21 septembre 1892. (In *Revue de Chirurgie*, 1893, p. 152.)

(5) BAYER : *Zentralblatt für Chirurgie*, 1898.

(6) VON EISELBERG : *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1898.

la hernie est la condition indispensable de la torsion épiploïque.

— Thèse de HEYRAUD, Lyon 1912. Etranglement rétrograde du grand épiploon.

— Thèse de BARREAU, Paris 1916. Contribution à l'étude de la torsion intra-abdominale du grand épiploon.

— Thèse de FIÈRE, Lyon 1922. Les torsions de l'épiploon dans les hernies.

En 1907, LEJARS en étudie un très grand nombre de cas aussi bien intra-herniaires qu'intra-abdominaux dans sa revue générale « Les torsions de l'épiploon ⁽⁷⁾ ».

En 1926, AIMES conclut sur 122 cas de toutes sortes dans sa « Chirurgie du grand épiploon » ⁽⁸⁾.

Enfin, E. d'ERRICO, de Boston ⁽⁹⁾, publie en 1930 deux observations personnelles accompagnées d'une revue de 29 cas trouvés dans la littérature. Aucun des 31 cas ne coexiste avec une hernie.

Ses deux observations personnelles que nous n'avons pas rapportées puisqu'elles font l'objet d'un travail parallèle au nôtre, concernent un enfant de 7 ans et un chef de gare de 41 ans.

Dans les deux cas, le diagnostic d'appendicite aiguë a été posé. L'histoire clinique est absolument semblable à celle qui a fait l'objet de notre thèse.

⁽⁷⁾ LEJARS : *Semaine Médicale*, 1907, p. 73.

⁽⁸⁾ AIMES : *Chirurgie du grand épiploon*, Maloine, éditeur, 1926.

⁽⁹⁾ EMILIO D'ERRICO, 27, Bay State Road, Boston (Massachusetts).

Ses conclusions qui portent sur 31 cas ne s'écartent pas des résultats que nous apportons (^{1°}).

LECUIT, thèse de Paris, 1932, dont nous n'avons connu le travail qu'en dernier lieu, arrive à des conclusions voisines des nôtres.

Ceci nous a encouragé à publier nos résultats et nos statistiques qui sont du même ordre que celles de D'ERRICO et de LECUIT.

(^{1°}) *The New England Journal of Medicine*, 11 Dec. 1930, pp. 1.181-1.888. 165, Newbury Street, Boston (Massachusetts)

Observation clinique inédite

dûe à l'obligeance

des Docteurs LAGROT et GOÉAU-BRISSONNIÈRE

(d'Alger)

Un cas de torsion intra-abdominale aiguë du grand épiploon

M., laitier, 40 ans, est traité depuis 6 jours pour un syndrome douloureux de l'abdomen qui a débuté le mercredi 2 novembre 1932 par une *douleur abdominale progressive* modérée, para-ombilicale gauche.

Du vendredi au dimanche apparaissent des phénomènes de diarrhée pendant que la douleur constatée à gauche de l'ombilic, s'installe dans *la fosse iliaque droite* où elle persiste.

Dimanche et lundi, la diarrhée cesse et les phénomènes douloureux subjectifs paraissent diminuer.

A aucun moment le malade n'a vomi et sa température est restée normale.

Antécédents : Douleurs gastriques.

Examen : Le lundi 7 novembre 1932, *météorisme*

abdominal surtout apparent dans la région épigastrique. Le ventre respire bien cependant. Il est souple sauf dans la fosse iliaque droite qui est contracturée et donne à la main qui palpe une sensation de résistance.

La palpation éveille à cet endroit une douleur violente. Le foie n'est ni gros, ni douloureux. La région inguinale droite est le siège d'un canal herniaire perméable mais déshabité.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : à 18 heures.

La palpation sous anesthésie permet de délimiter un plastron arrondi comme un petit melon dans la région du flanc droit tandis que la fosse iliaque droite est libre. Cette masse adhérente à la paroi antérieure est bien séparée de la face inférieure du foie. Ses contours sont parfaitement délimitables et donnent l'impression d'un gâteau péritonéal.

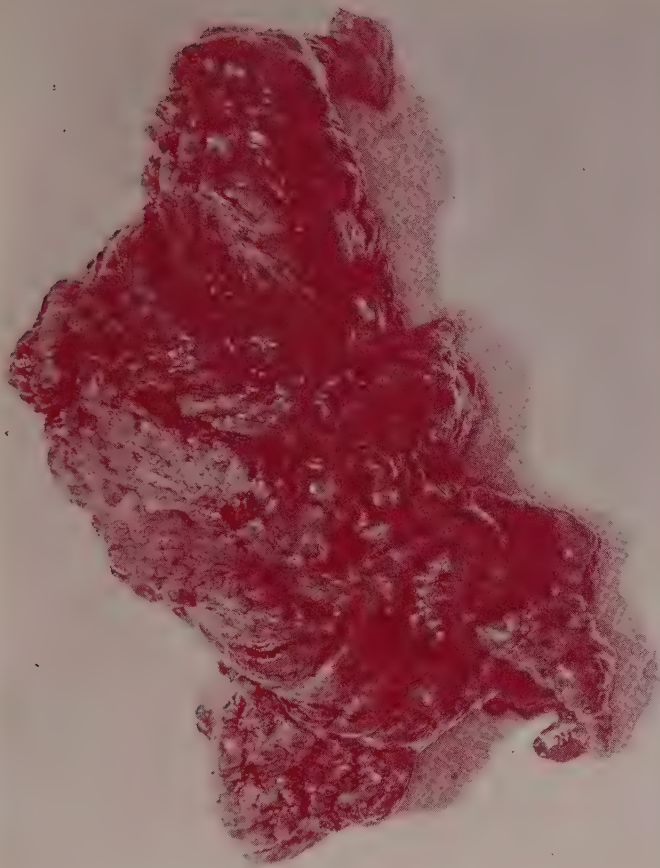
Pas de contact lombaire.

Incision longitudinale tout le long de la gaine du grand droit dans ses deux tiers supérieurs.

On pénètre dans une cavité péritonéale libre, mais pleine de sérosité sanglante un peu louche.

Clivage du gâteau adhérent au péritoine pariétal ce qui permet de compléter l'incision du péritoine : on se trouve alors en présence d'un gâteau d'épiploon agglutiné, violacé, ecchymotique adhérent aux anses grêles et à l'angle colique droit.

De crainte que cet épiploon n'englobe un foyer de suppuration, ou n'oblitére une perforation, on



MP. NORD-AFRICAINE, ALGER

Pièce opératoire due à l'obligeance du Docteur LAGROT,
ancien Chef de Clinique Chirurgicale infantile à la Faculté.

PLANCHE 1



Croquis de la pièce anatomique de SCUDDER (obs. 15), d'après une planche coloriée. (In *The New England Journal of Medicine*.)

Croquis de la pièce anatomique de MULLEN (obs. 41,) d'après une photographie. (In *The New England Journal of Medicine*).

borde la plaie de compresses pour isoler le reste de la cavité abdominale.

On clive ensuite sans difficultés excessives la tumeur épiploïque des anses et du colon auquel elle adhérerait et on l'exteriorise. Elle est retenue par un gros pédicule qui s'enfonce vers la ligne médiane, rejoint le colon transverse et n'est autre chose que le grand épiploon tordu dans le sens des aiguilles d'une montre, plusieurs fois sur lui-même.

Cet enroulement continue sur tout le reste du paquet épiploïque, gros comme un œuf d'autruche.

Ligature en chaîne du pédicule au ras du colon transverse. Section. Extirpation.

Asséchage de la cavité péritonéale.

Vérification des organes abdominaux. Vésicule normale ne contenant pas de calculs au palper.

Appendice et pancréas normaux.

Fermeture en quatre plans.

Examen de la pièce : Pédicule de la grosseur du poignet tordu un grand nombre de fois d'une façon assez serrée, mais qu'on peut cependant détordre.

Au centre, les vaisseaux paraissent perméables les veines sont turgescentes, certaines paraissant thrombosées.

Le volvulus se continue sur le paquet épiploïque, celui-ci est en partie aggloméré, bleuâtre, recouvert de petits caillots et de fibrine. Le paquet s'est laissé facilement cliver des anses grêles : certainement, il ne présentait aucune adhérence antérieure (en particulier, pas à l'appendice qui se trouvait loin de lui).

Suites opératoires : Disparition de l'ictère dès le lendemain : Est-ce la conséquence de la palpation de la vésicule et des voies biliaires ?

Emission de gaz dès le lendemain.

L'abdomen reste souple.

Les suites sont troublées pendant une semaine par une congestion pulmonaire bilatérale qui guérit au bout de 8 jours.

Ablation des fils le dixième jour. Sortie de la clinique le douzième jour en bon état.

Etiologie

Nous n'ébauchons ce Chapitre d'Étiologie que parce que les résultats de nos recherches ne s'accordent pas avec l'opinion de ROCHE : thèse de Paris 1905, qui a été le premier à étudier l'omento-volvulus.

Il étudie la torsion du grand épiploon aussi bien intra herniaire qu'intra abdominale et il conclut que la coexistence d'une hernie *est constante*.

AIMES qui traite le même sujet en 1905 dans sa « Chirurgie du grand épiploon » ne signale la hernie que 93 fois sur 122 cas.

Il nous semble que la hernie inguinale droite n'est qu'un des multiples facteurs qui sont susceptibles de déterminer un point fixe inférieur au bord libre du grand épiploon (Cf. Ch. Pathogénie). Nous ne l'avons rencontrée que 16 fois sur 90 cas que nous rapportons.

COEXISTENCE D'UNE HERNIE

Nous n'avons noté un canal inguinal perméable que 18 fois :

16 fois à droite.

2 fois à gauche.

2 fois la hernie était déjà opérée depuis longtemps quand se sont manifestés les phénomènes de torsion.

1 fois nous avons relevé la présence d'une éven-tration dans une cicatrice d'appendicite, ce qui amène à 21 cas la fréquence de la hernie dans l'étiologie de l'omentovolvulus intra abdominal, sur 68 observations qui précisent ce détail, soit dans 32,5 % des cas.

La hernie inguinale droite a été notée 18 fois, soit dans 27 % des cas.

L'ÂGE

C'est l'âge moyen de la vie qui paraît le plus atteint, mais le malade de WIENER avait 79 ans et celui de COEN (Observation 61) 7 ans ; BROCA rapporte un cas chez un enfant de 4 ans et demi.

LE SEXE

BARREAU rencontre la torsion intra abdominale chez 30 hommes et 6 femmes, soit chez les hommes dans 83,7 % des cas, proportion comparable à celle de la fréquence des hernies inguinales dans l'un et l'autre sexe.

ROCHE conclut sur 24 hommes et 5 femmes.

Nous trouvons 51 hommes, 25 femmes, une jeune fille et un enfant sur 77 cas où le sexe se trouve rapporté, soit 66 % des cas rencontrés chez les hommes et 32 % chez les femmes.

LES ANTÉCÉDENTS

La crise analogue qui est imputable à une torsion à l'état latent, chronique ou fruste a été retrouvée 17 fois.

La tumeur : kyste de l'ovaire, la grossesse, les inflammations : épiploïte chronique, salpingite, appendicite chronique, lithiase ont été souvent invoquées.

Les crises herniaires antérieures, le port d'un bandage, un taxis malencontreux ont été accusés par les auteurs.

Nous voudrions classer ces différents types de facteurs en causes prédisposantes et en causes déterminantes.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

— 1° *La hernie inguinale droite* que nous venons d'étudier.

— 2° *L'inflammation.*

a) adhérence, point fixe, appendicite, lithiase, salpingite.

b) l'épiploïte chronique que SILHOL classe en trois groupes d'importance d'ailleurs bien inégale :

— Les épiploïtes inflammatoires : digestives et gynécologiques.

— Les épiploïtes post-traumatiques : traumatiques pures et post-opératoires.

— Les épiploïtes spécifiques : tuberculeuses, syphilitiques.

— 3° *Les tumeurs.*

— Kyste hydatique : Tuffier, obs. 22.

— Kyste de l'ovaire : Simon, obs. 17. Payr, obs. 13.

— Corps étrangers : Schrapnell.

CAUSES DÉCHAINANTES

Il est évident que la plupart du temps la crise aiguë est apparue brusquement et sans cause apparente.

Dans certains cas, elle est survenue aussitôt après :

— Un effort violent : Nixon, obs. 37.

— Un traumatisme : Tuffier, obs. 22. Mac Worter, ob. 58.

— Une purgation : Reid, obs. 60. Introini, obs. 66.

Bien souvent, ces causes déterminantes n'ont fait que précipiter l'accident aigu en tendant le pédicule d'une torsion latente.

Anatomie pathologique

L'étude anatomo-pathologique de la torsion épiploïque se ramène à la description macroscopique des différents types de torsion qu'il nous a été permis de relever, à en rapprocher les lésions associées des organes de la cavité abdominale et à préciser dans un bref compte rendu histologique les lésions conditionnées par la stase veineuse d'abord et l'ischémie ensuite, puis à signaler ce que produit l'infection secondaire ajoutée à ces deux lésions élémentaires.

TORSIONS TOTALES

Ce sont les plus importantes, celles dont le mécanisme paraît le plus secret et dont la pathogénie éveille la curiosité.

Elles sont fréquentes ; nous les retrouvons dans un grand nombre de nos observations : VIGNARD et GIRAudeau, obs. 10 ; TREMOLIERES, obs. 12 ; SIMON, obs. 19 ; SCHÖNHOLZER, obs. 26 ; POTHERAT, obs. 28 ; GUCCI, obs. 39 ; KOSTER, obs. 47 ; ALBERT, obs. 51 ; COMSTOCK, obs. 56 ; MAC WORTHER, obs. 58 ; GATELIER et MAXIMIN, obs. 68 ; SANTORO, obs. 69 ; ESAÛ, obs. 73 ; RENY, obs. 83 ; BLOCH, obs. 86.

Le poids de la masse épiploïque tordue est bien souvent plus élevé que celui de la totalité de l'épiploon normal : 765 gr. dans l'observation de MAXI-

MIN, 750 gr. dans celle de SANTORO ; 1.200 gr. chez le malade de GUCCI ; 1.100 gr. chez celui d'ESAÛ.

Le volume peut atteindre celui d'une tête d'enfant ; cas de HOCHENEGB (obs. 3).

L'aspect de cette tumeur inflammatoire est variable dans sa couleur comme dans sa consistance.

Elle est généralement de couleur foncée, parcourue de veines bleuâtres, en relief sur un fond rouge sombre d'infarctus.

« Rouge sombre par endroits, bleuâtre dans d'autres, œdématié épaissi » (TROJAN, obs. 43).

« Absolument noire » pour TUFFIER.

« Bleu-noir » pour WIENER.

« Violacée » pour MALHERBE.

« Jaune violacé » pour VIGNARD et GIRAUDEAU.

« Jaune verdâtre » pour STEWART.

Elle traduit ainsi les différents stades de l'infarctus et de la transformation de l'hémoglobine.

Chacun des auteurs que nous venons de citer a observé à des âges différents l'infiltration sanguine puis sa résorption, modifiées quelquefois par les germes de la gangrène.

La consistance est généralement ferme, dure. (BONNEAU, obs. 82), quelquefois mollassse (WIENER, obs. 4).

La surface irrégulièrement bosselée ou finement grenue, est quelquefois lisse, donnant l'aspect d'une rate, ou recouverte de membranes fibrineuses (MAC WORTHER, obs. 59).

La section montre tous les degrés de l'infiltration.

sanguine depuis l'œdème hémorragique du tissu cellulaire, jusqu'à la dilatation kystique.

La lumière des vaisseaux est quelquefois oblitérée par thrombose (SCUDDER, obs. 15) ou béante, renfermant du sang liquide (EZAÛ, obs. 73). La plupart du temps comme dans le cas de LAGROT et GOEAU-BRISSENNIÈRE, certains vaisseaux sont perméables et d'autres thrombosés. Par contre, la thrombose est presque constante au niveau du pédicule tordu.

Très rarement, on observe des signes d'*inflammation aiguë* (KNOFLACH, obs. 70 et 71) ou de *gangrène* (MAGNANI, obs. 62).

Nous n'entrerons pas dans l'étude et la description des lésions d'épiploïte chronique qui coïncident souvent avec ces lésions de type aigu. Elles n'ont rien de commun avec ce que nous voulons étudier, et d'ailleurs, elles sont très bien connues (SILHOL, ROUSLACROIX: Ass. Fr. de Chir., oct. 1927, pp. 151-164).

Les pédicules : la masse épiploïque est reliée au côlon transverse par un pédicule qui porte les traces d'un ou plusieurs tours de spire : 10 tours de spire dans le cas de SCHWARTZ, 12 dans celui de SCHMID, d'une façon générale 5 à 6 seulement.

Le diamètre en est variable : gros comme les deux poings dans le cas de LEJARS, — comme le poignet dans celui de LAGROT, — comme le petit doigt dans l'observation de LAPEYRE, — comme une plume de corbeau chez le malade de SCHMID.

La torsion qui s'effectue souvent dans le sens des

aiguilles d'une montre, se fait bien souvent aussi de droite à gauche, si bien qu'il serait vain de vouloir fixer par une statistique peu concluante la prédominance de l'un ou l'autre sens.

On note quelquefois la présence d'un deuxième pédicule à l'extrémité inférieure de la masse épiploïque. Il porte généralement le même nombre de tous de spire que le premier, souvent moins, jamais plus, et cela se comprend.

Enfin, on a pu noter de faux pédicules dûs à des adhérences secondaires ayant seules subsisté après la rupture du pédicule véritable (cas d'EZAÛ, obs. 73, et de GUIBAL, obs. 87).

Le siège de la tumeur prédomine à droite sur 82 observations où il a été précisé. Nous avons noté par ordre de fréquence décroissante :

- La fosse iliaque droite ;
- Le flanc droit et la région péri-ombilicale ;
- L'hypochondre droit ;
- La fosse lombaire : obs. de HALE ;
- La fosse iliaque gauche : un seul cas, obs. 7.

TORSIONS PARTIELLE

Elles sont très fréquentes : obs. 9, obs. 27; obs. 65, etc.

Elles concernent la moitié droite ou l'angle droit du grand épiploon (obs. 11, 15, 30, 44, 48, 57, 63, 88)

La moitié inférieure ou les deux tiers inférieurs: (obs. 18, 23, 32, 50, 59).

Elles sont quelquefois rétrogrades (obs. de SCHMID n° 23).

Enfin, c'est dans les torsions partielles que nous rangerons les torsions des franges épiploïques et quelques torsions rares (voir fig. au Chapitre Pathogénie).

Leur volume est rarement supérieur à celui d'un œuf ou d'une orange, bien plus souvent il atteint à peine celui d'une figue verte (obs. 48).

Leur siège et leur description macroscopique ne sont pas différents de ceux des torsions totales; elles ne diffèrent que du point de vue anatomique.

LÉSIONS ASSOCIÉES

La torsion est souvent le seul phénomène pathologique de la cavité abdominale, mais on l'a rencontré aussi associé intimement à d'autres lésions qui paraissent liées à lui par des rapports de cause à effet.

Au premier rang, nous citerons la réaction du péritoine viscéral et pariétal.

L'épanchement est la règle. Il a été constaté 40 fois sur 70 observations où le détail est mentionné; ce qui permet de dire qu'il existe dans 57 % des cas. L'observation la plus ancienne de celles que nous rapportons illustre le phénomène puisque le

malade d'EITEL était soigné pour une ascite intarissable.

La quantité de liquide est estimée quelquefois à deux litres, mais bien souvent elle est beaucoup moindre.

Il s'agit d'une sérosité sanglante le plus souvent; quelquefois rosée.

On n'a rencontré qu'une seule fois du sang pur (obs. 10).

— Une seule fois du liquide clair (obs. 58).

— Une fois du liquide citrin (obs. 59).

— 4 fois du liquide louche (obs. 61, 68, 85 et 88).

Cet épanchement paraît un mélange d'exsudat péritonéal et de transsudat sanglant épiploïque.

L'orifice herniaire vient ensuite : il a été constaté 21 fois sur 68 cas ; soit dans 32,5 % des cas : ils sont ainsi répartis :

16 hernies inguinales droites existant au moment des accidents ;

— 2 opérées antérieurement ;

— 2 hernies inguinales gauches ;

— 1 orifice d'éventration.

Ce qui amène à 27 % des cas, la fréquence de la hernie inguinale droite.

L'appendice n'a jamais été rencontré à l'état d'inflammation aiguë, mais il a souvent porté les traces de crises antérieures : obs. 18, 20, 59, 61 et 64, etc.

La lithiase biliaire : obs. 82, 75 et 71 n'est marquée que par la constatation de calculs dans la vésicule adhérente à l'épiploon.

Le kyste de l'ovaire adhérent dans les deux cas à l'épiploon tordu : obs. 17 et 13 est tordu lui-même chez la malade de PAYR, obs. 13.

La salpingite est notée dans le cas de NOBLE (obs. 16).

La torsion d'un autre organe se trouve associée à la torsion épiploïque dans le cas de PAYR (obs. 13) : kyste de l'ovaire et dans celui de WIENER (obs. 4) qui a observé une torsion du colon ascendant au niveau de l'angle hépatique.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

L'examen histologique n'apporte aucun fait nouveau. Il nous confirme simplement les lésions macroscopiques constatées.

Les capillaires comme les vaisseaux de gros calibre sont gorgés de sang et dilatés. Quelques-uns sont thrombosés et présentent des lésions de leur endothélium surtout au niveau du pédicule.

L'atmosphère conjonctive qui les environne est le siège d'hémorragies microscopiques et même de véritables hématomes qui dissèquent les feuillets conjonctifs.

Le revêtement péritonéal desquame par lambeaux et se trouve recouvert d'un exsudat fibrineux. Il est le siège d'infiltrats d'éléments figurés en voie d'organisation.

Mais à la *thrombose*, à l'*infarctus* et à l'*hémorragie*, s'ajoutent des phénomènes de *nécrose*, nécro-

se aseptique, simplement marquée par la disparition des noyaux et la mauvaise différenciation des couleurs protoplasmiques.

Dans deux observations seulement a été rapportée la découverte histologique d'une inflammation aiguë. Ce détail nous surprend puisque presque toutes les nécroses nous ont paru aseptiques et dans ces deux cas en particulier (KNOFLACH, obs. 70 et 71)

Beaucoup plus souvent ont été signalées des lésions d'inflammation chronique ancienne, d'aspect cicatriciel. Ce sont les lésions d'épiploïte chronique qui ont précédé la torsion.

Pathogénie

L'explication de ce phénomène de torsion dont la fréquence mieux connue n'autorise plus la curiosité, doit faire l'objet d'une étude méthodique.

Il faut classer les faits observés et les circonstances étiologiques ou anatomo-pathologiques qui coexistent, pour essayer de déterminer les règles qui président à la torsion du grand épiploon.

Les caractères anatomiques du grand épiploon paraissent s'opposer à l'hypothèse d'une torsion passive ou spontanée :

Son faible poids paraît l'affranchir de l'inertie.

Sa structure homogène combinée à sa position verticale semblent être un facteur d'équilibre s'opposant à des déformations contraires à cet équilibre.

Sa longue insertion linéaire sur le bord antérieur du colon transverse étale ce feuillet homogène entre la masse intestinale et la paroi abdominale.

Il nous paraît donc impossible mécaniquement que l'épiploon inerte, homogène, étalé, tel que nous le fait connaître l'anatomie, puisse subir une torsion et que cette torsion, constituée accidentellement, ne disparaissent pas spontanément par le simple jeu des lois de l'équilibre.

Pourtant, l'omento-volvulus est un fait constaté et beaucoup plus fréquent qu'on serait tenté de le croire : mais la lésion n'a pas toujours le même aspect, le même siège, elle est quelquefois double, souvent simple, quelquefois totale, quelquefois par-

tielle. Elle n'accompagne pas toujours les mêmes lésions, elle est souvent un phénomène isolé, qu'aucune lésion de voisinage ne paraît expliquer.

Il semble donc raisonnable d'envisager plusieurs mécanismes et d'adapter à chaque catégorie de cas constatés un mécanisme qui puisse les justifier.

Nous envisagerons donc successivement :

- Les torsions totales ;
- Les torsions partielles ;
- Et quelques torsions rares qui peuvent être partielles ou totales.

TORSIONS TOTALES

Elles sont les plus surprenantes puisqu'elles s'adressent au grand épiploon dans son entier depuis son insertion au colon transverse jusqu'à son bord libre.

Nous avons observé trois catégories de cas :

— Bien souvent la masse épiploïque est tordue entre *deux points fixes*, l'un supérieur qui est l'insertion normale au colon transverse, l'autre inférieur qui est dû à une adhérence ou à une immobilisation du bord libre (épiploïte appendiculaire, orifice herniaire).

— Plus souvent encore, il n'y a qu'un *seul point fixé*, l'insertion colique. Le bord inférieur est demeuré libre, mais l'épiploon a perdu son *homogénéité* et son *équilibre anatomique*.

— La plupart du temps, *l'épiploon est sain*, il est normal anatomiquement et, pour expliquer sa torsion, il faut faire appel à des données physiologiques.

1° LA TORSION S'EST PRODUITE ENTRE DEUX POINTS FIXES : On retrouve sur la pièce opératoire un pédicule supérieur et un pédicule inférieur tordus à plusieurs tours de spire. Normalement, nous savons que l'épiploon est animé de mouvements incessants dans la cavité péritonéale. Si, pour une raison ou pour une autre, on détermine un axe tant soit peu tendu, l'une des deux parties libres s'enroulera autour de cet axe comme un pavillon autour d'une drisse. Expérimentalement, on peut figurer ce mécanisme en saisissant un mouchoir à ses deux angles opposés et

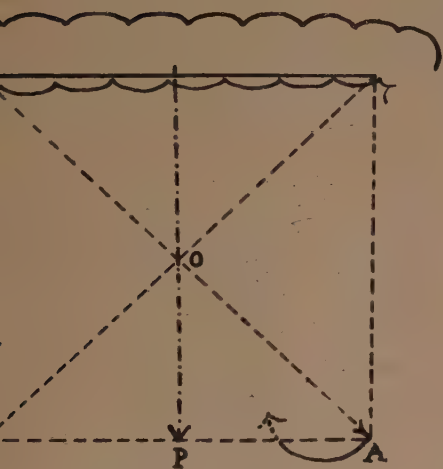


fig. 1

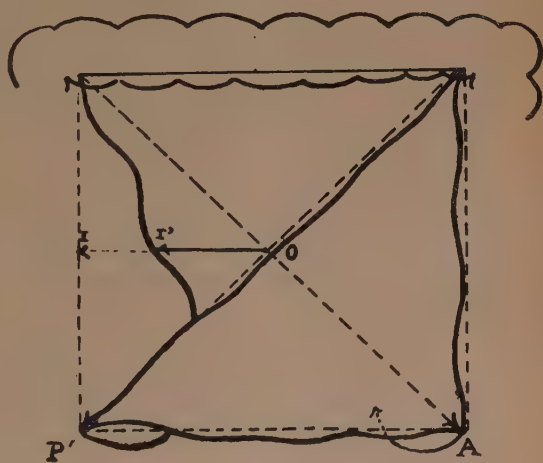


fig. 2

en lui imprimant à bouts de doigts un mouvement de rotation.

Si l'axe de torsion PO est médian, il restera de part et d'autre trop peu d'épiploon pour qu'il ait tendance à s'enrouler, le mouvement ne pourra que s'ébaucher, et un mouvement de sens inverse sera toujours une éventualité imminente qui rétablit l'équilibre (Cf. schéma n° 1), mais si l'axe est oblique le poids du grand épiploon ne se répartit plus sur une ligne d'insertion étendue, mais, au contraire, sur un point relativement étroit qui coïncide avec les intersections des diagonales du rectangle épiploïque $OI' < OI$, la longueur P'A du lambeau susceptible de s'enrouler autour de ce point O (Cf. fig. 2) est plus grande que O A et que P A dans la figure 1.

Ceci explique la prédominance dans la fosse iliaque droite des torsions épiploïques puisque la fosse iliaque droite est le siège le plus fréquent des adhérences inflammatoires (appendice) et des orifices péritonéaux susceptibles d'immobiliser l'angle inférieur droit du grand épiploon (orifice inguinal).

2° IL N'Y A QU'UN SEUL POINT FIXE situé au voisinage de l'insertion colique. Il est le siège de plusieurs tours de spire. Il n'y a pas d'adhérence à l'extrémité inférieure de la tumeur épiploïque ou celles qui existent sont trop récentes pour qu'on puisse en tenir compte, de même qu'il a pu en exister autrefois si le phénomène est ancien et dans ce cas, elles ont pu disparaître.

En un mot, ne tenons pas compte des adhérences constatées et expliquons le phénomène autrement :

un deuxième point fixe n'a pas besoin d'être matérialisé sur le péritoine viscéral ou pariétal. Il suffit que le centre de gravité du quadrilatère épiploïque soit déplacé par une tumeur ou un noyau d'épiploïte. Bref, il suffit que l'équilibre soit rompu. Le problème trouvera sa solution dans les anomalies qui sont susceptibles de troubler cet équilibre.

a) Une tumeur, kyste hydatique par exemple, détermine par son poids un axe relativement fixe et, par son volume, offre au péristaltisme intestinal une prise suffisante pour recevoir une impulsion giratoire.

S'il y a deux ou trois masses tumorales (obs. n° 22, TUFFIER) il y a deux ou trois axes et la torsion s'explique encore mieux.

Expérimentalement, on est arrivé à réaliser avec des boules de magnésium incluses dans le grand épiploon des tumeurs inégales, de densité inégale, par dégagement d'hydrogène entre les feuillets de la séreuse : il en est résulté chaque fois des torsions du grand épiploon.

b) L'épiploïte chronique suffit à déterminer des rétractions scléreuses et des noyaux d'induration qui réalisent de la même façon un déplacement du centre de gravité et on en revient au cas précédent.

c) Il y a des cas où l'accroissement prodigieux du grand épiploon permet à lui seul d'expliquer ces troubles de la statique. « L'épiploon est capable de
« s'accroître dans des proportions qui nous éton-
« nent journellement ; il vient encombrer une her-
« nie scrotale descendant jusqu'au milieu de la
« cuisse. Nous avons pesé récemment un épiploon

« herniaire de 750 grammes. Il est possible d'enlever des gâteau épiploïques pelviens, iliaques, « valant quatre ou cinq fois un épiploon normal. « Enflammé, il peut proliférer avec une rapidité « extrême. » (SILHOL, 36^e Congrès Français de Chirurgie, Informations et Rapports, octobre 1927, p. 130.)

Nous en avons un exemple dans le cas de torsion rétrograde rapporté par SCHMID (obs. 23) et que nous citerons plus particulièrement à propos des torsions partielles.

a) *Les déformations du colon transverse*, colon en U, colon en V, par exemple, jouent aussi leur rôle dans le déplacement du centre de gravité.

3° IL S'AGIT D'UN ÉPIPLOON NORMAL : on ne retrouve aucune trace d'épiploïte, ni de tumeur, on n'a pas rencontré d'adhérences, pas d'orifice herniaire, le péritoine est normal, la paroi est normale.

C'est là que jouent à l'état pur les facteurs physiologiques de la mobilité du grand épiploon et les facteurs accidentels d'ordre mécanique que nous avons classés dans le chapitre d'étiologie au rang des causes déterminantes : traumatisme, purgations répétées, toux, efforts violents.

La multiplicité des théories que nous avons retenues loin de nuire à l'explication du phénomène, en se contredisant, nous l'explique à des points de vue différents. Chaque auteur a serré de près une étiologie différente et la conclusion pathogénique que nous en retirons s'applique à tous les cas observés.

THÉORIE DE JABOULAY ou de *la tendance à l'enrou-*

lement : « L'épiploon animé de mouvements incessants a une tendance constante à l'enroulement ;
« cette mobilité est facile à constater au cours des
« cures radicales d'épiplocèle où l'on voit un chevauchement véritable des lamelles tassées et imbriquées... que l'on est obligé de dissocier pour
« les étaler et les lier. »

Il faut y ajouter l'influence de l'accroissement brusque du poids du grand épiploon qui peut être causé par l'allongement qu'il subit quand il tend à oblitérer un orifice inguinal par exemple, ou la congestion active dont il est le siège quand il va tapisser un foyer d'inflammation péritonéale.

Cette augmentation de son poids favorise la torsion et la torsion ébauchée augmente la congestion active d'une congestion passive « si bien que la tumeur s'accroît d'autant plus qu'elle se tord et reciproquement. » (AIMES.)

THÉORIE DE BAZY ou de *la mobilité d'emprunt* : L'épiploon a une mobilité d'emprunt. Les mouvements respiratoires du diaphragme et de la paroi lui communiquent des déformations et le péristaltisme intestinal peut entraîner sa torsion.

Les expériences radioscopiques de HEGER s'accordent avec cette théorie : cet auteur remarque que toute irritation péritonéale active les mouvements respiratoires et mobilise secondairement l'épiploon. Cette mobilité est en raison directe de l'irritation : 2 grammes de limaille de fer insufflés dans le péritoine entraînent une déchirure de l'épiploon et même une désinsertion le long du colon transverse.

La contre-épreuve est l'expérience du diaphragme curarisé ou anesthésié à la morphine. Elle supprime l'apparition de la hernie épiploïque qui se produit régulièrement dans les ouvertures de la paroi abdominale au cours d'une laparotomie ou de perforation accidentelle.

THÉORIE DE PAYR ou de la *turgescence vasculaire*. Elle rattache la torsion à des phénomènes de stase veineuse et à des déplacements du centre de gravité.

Pratiquement, il compare le phénomène à celui que l'on peut réaliser à l'aide d'une chambre à air d'automobile suspendue par une ficelle ; si on remplit d'eau la chambre à air, elle s'allonge puis se tord sur elle-même. Si la ficelle est remplacée par une chambre à air de calibre plus fort et de caoutchouc plus résistant, c'est la première chambre plus élastique qui se tord autour de celle-ci. Dans l'épiploon, les artères sont résistantes et les veines beaucoup plus souples ; elles communiquent largement. Quand un phénomène de stase veineuse se produit, les veines plus longues, plus souples et plus sinueuses sont plus turgescents et plus lourdes que les artères : elles s'enroulent autour des artères.

Sur 8 cas où il a réalisé expérimentalement cette stase, PAYR obtient 4 torsions du grand épiploon : il réalise la stase par quelques ligatures veineuses et déplace le centre de gravité de l'épiploon en lestant son bord libre par inclusion d'un rein.

TORSIONS PARTIELLES

Leur mécanisme participe des mêmes processus que les torsions totales, mais il peut s'expliquer par un mécanisme de plus qui est généralement un noyau d'épiploïte ou d'adhérences vers le tiers moyen du grand épiploon et qui ramasse à cet endroit le rideau épiploïque comme une tenture dans une cordelière, déterminant un axe pour une rotation éventuelle (MAGNANI).

Les torsions rétrogrades que nous ne citons que pour mémoire (HEYRAUD, SCHNITZER, MAYDL, SCHMID), font intervenir l'immobilisation de l'épiploon en un point déclive dans la cavité abdominale, et la direction ascendante de l'extrémité qui est restée libre (obs. de SCHMID dans laquelle l'épiploon se coude dans l'orifice inguinal interne et insinue son extrémité libre dans le petit bassin où elle subit 12 tours de spire).

Dans ces deux derniers cas, deux causes différentes ont modifié la statique du grand épiploon et le même mécanisme a provoqué sa torsion.

1° Agglutination de l'épiploon qui se trouve ramassé comme un rideau dans son embrasse et fixé au rebord costal par des adhérences (MAGNANI, obs. 63), par un orifice interne du canal inguinal (SCHMID, obs 23).

2° Position oblique ascendante de l'extrémité libre, supprimant l'action de la pesanteur et par conséquent la correction constante des positions anormales prises par le grand épiploon,

Signalons comme questions connexes à ces torsions, les déplacements en masse de l'épiploon qui sont quelquefois suivis de torsion. « Dans quelques cas étudiés par SCHAUTA, HEIDENHAIN, KRASKE, PASTEAU, LE DENTU, la position de Trendelenburg a pu être incriminée comme cause d'occlusion post-opératoire, et c'est une notion utile à retenir, dans le cas où une laparotomie itérative ne trouve pas, au siège pelvien de l'intervention, la raison de l'obstruction intestinale. Vérifiez s'il ne s'est pas produit, en position renversée, une bascule de l'épiploon, surtout facilitée par sa surcharge adipeuse, vers la zone sous-diaphragmatique : le paquet épiploïque peut alors aller se loger sous le foie, en passant au-devant du colon transverse, et en provoquant sa torsion, comme l'a vu Kraske, ou se tasser en masse au-dessous du colon transverse ou bien, comme dans le cas de Pasteau, en position de Trendelenburg l'épiploon se trouve brusquement rejeté dans le petit bassin et, attirant avec lui le colon, obture sa lumière. De là, ce précepte formel, obligatoire à la fin de toute laparotomie, primitive ou secondaire : ramener soigneusement l'épiploon, le déployer normalement et, précaution supplémentaire, étaler le colon pelvien au niveau du détroit supérieur, de façon à protéger, contre la descente du grêle dans l'excavation, la surface des pédicules ou la ligne de péritonisation. » (FORGUE et MASSABEAU, *Nouveau Traité de chir. gynécologie*, p. 898.)

TORSIONS RARES

Nous ne les citerons que pour être complet : elles sont permises par des dispositions anatomiques très rarement réalisées : il faut que le grand épiploon soit largement fenêtré et, dans ce cas, deux mécanismes peuvent jouer réalisant une torsion totale ou une torsion partielle suivant qu'il reproduit le schéma 2 ou le schéma 3.

Le cas n° 2 où le pédicule étrangle tout l'organe se ramène généralement à un phénomène de torsion entre deux points fixes. Le cas n° 3 relève d'un mécanisme qui n'exige pas de point fixe, la moitié droite ou gauche du grand épiploon s'étrangle spontanément, les deux points fixes de la torsion étant dans la fenêtré épiploïque elle-même, à son sommet et à sa base.



Torsion d'un épiploon fenêtré. (Schéma d'après FIÈRE)

EVOLUTION SPONTANÉE

Quel est donc le devenir de l'épiploon tordu ?

Il semble que la faible proportion de complications survenues quel que soit le retard apporté à la cure chirurgicale plaide en faveur d'une évolution spontanée le plus souvent favorable.

C'est bien rarement que des complications infectieuses de péritonite ont été constatées (Lapeyre, obs. 25).

L'évolution se fait plutôt vers la cicatrice.

La rupture quand elle survient se produit sur un pédicule cicatrisé. Il n'y a pas d'hémorragie au cours des ruptures d'omento volvulus comme au cours des torsions de fibrome ou de kyste de l'ovaire. Ceci tient à l'extrême plasticité du tissu conjonctif de l'épiploon : l'épiploon laisse faire aux vaisseaux les frais de la compression avant de souffrir du processus; l'endophlébite et l'endarterite précèdent le sphacèle de l'adventice et de son atmosphère conjonctive extrêmement souple, vivace et plastique.

C'est ainsi qu'Esaü, (obs. 73) et Guibal (obs. 87) ont découvert des amputations spontanées déjà anciennes greffées secondairement au péritoine pariétal ou reprises et enveloppées par le reste du grand épiploon demeuré sain.

La pièce anatomique dûe à l'autopsie de Tremolières, (obs. 12) est le plus bel exemple de ce processus favorable de cicatrisation et de fibrose.

Il n'en subsiste pas moins que la torsion tordue, physiologiquement exclue, détermine pour le moins

une réaction de péritonite aseptique qui entraîne le syndrome abdominal aigu observé par Esaü et par Guibal.

Ces phénomènes toujours accompagnés de *douleur* suffiraient à eux seuls à justifier une intervention précoce.

Symptomatologie

Nous prendrons pour type clinique la forme aiguë de l'omentovolvulus : c'est celui qui fait l'objet de notre thèse ; nous signalons au passage que l'on a rencontré une forme chronique, illustrée par l'observatoire de POLLOSON et CONTE et une forme fruste, découverte à l'autopsie par TREMOLIÈRES. Tôt ou tard ces deux formes se révèlent à l'attention du chirurgien par un accident aigu, réalisant le type clinique que nous avons choisi.

LE DÉBUT est généralement brusque, marqué par une douleur en coup de poignard. (Obs. 25, 58, 82.)

Quelquefois progressif, remontant à plusieurs jours et marqué par une augmentation quotidienne de la douleur (Obs. de LAGROT, obs. 87 et 88.).

Ou longtemps précédé de troubles digestifs (SUSMAN, obs. 63).

Ou de crises analogues, mais moins violentes (MALHERBE, obs. 11, WIENER, obs. 4, VIGNARD et GIRAudeau, obs. 10, NIXON, obs. 37).

LES ANTÉCÉDENTS : le plus souvent, on ne trouve rien. La douleur abdominale, brusquement apparue à la suite d'un effort, d'une fatigue, d'une purge ou d'un traumatisme, n'est bien souvent précédée par aucun phénomène et le malade lui-même ne lui attribue pas de cause.

Il s'agit la plupart du temps d'un syndrome abdominal aigu dont on ne soupçonne pas l'étiologie après avoir fait l'inventaire et l'exploration des viscères abdominaux.

Nous retrouvons dans un seul cas la notion d'annexite gonococcique dans l'observation de NOBLE et celui-ci n'en a pas tenu compte.

Quant à la notion de crise antérieure analogue, elle ne se retrouve que dans un petit nombre de cas (17 observations sur 90) et le diagnostic envisagé à cette occasion ne peut être retenu puisqu'il n'a pas été contrôlé: appendicite, cholécystite ? (obs. 3, 4, 10, 16, 22, 26, 28, 29, 35, 42, 43, 60, 63, 64, 73, 83, 84).

Seule la hernie est un antécédent que l'on puisse retenir comme certain puisqu'il en reste des traces et parce qu'un diagnostic pareil ne se pose que sur des signes physiques évidents.

Bien souvent, elle n'est pas apparue depuis longtemps et dans les cas que nous rapportons, le sac herniaire est vide de son contenu par définition, du fait même du sujet de notre thèse qui élimine toutes les observations de torsion intra-abdominale accompagnée de hernie apparente.

Nous noterons cependant la fréquence des antécédents de hernie inguinale droite (27 % des cas que nous rapportons) et nous donnerons à la présence d'un canal inguinal perméable, une réelle valeur clinique et presque l'importance d'un signe clinique accessoire.

Nous n'avons relevé que deux cas de hernie inguinale gauche et c'est en coexistence avec l'une d'elles (obs. 7) que nous avons rencontré le seul cas de torsion dans la fosse iliaque gauche.

SIGNES FONCTIONNELS : le symptôme principal est:

1° *La Douleur*. C'est le symptôme qui ne manque jamais, et bien souvent, il domine la scène clinique. Cependant, cette douleur n'a de caractère constant ni dans son intensité, ni dans son caractère, ni dans ses irradiations, ni dans son siège.

Quelquefois brusque, en coup de poignard amenant des positions antalgiques avec flexion des membres inférieurs sur l'abdomen (obs. 3), elles peuvent être remplacées par une simple sensation de gêne ilio-inguinale (RIEDEL, obs. 18) ou se manifester par crises paroxystiques, soit spontanées, soit déclanchées par un effort (obs. 10).

La plupart du temps, il s'agit de crampes ou de coliques banales (obs. 10).

Ces douleurs n'ont aucun caractère propre. Aucune irradiation fixe: deux fois seulement, nous avons relevé dans les anamnestiques la sensation de « *torsion* » ou de « *masse mouvante* » dans l'abdomen (MULLEN, obs. 41; BASY, obs. 84).

Son siège est loin d'être constant. Il n'a même aucun caractère de fixité. Il varie aussi bien d'un cas à l'autre qu'au cours d'une même observation, d'un jour à l'autre.

C'est une douleur généralisée au début qui se localise par la suite dans la fosse iliaque droite, par exemple; ou bien, comme dans l'observation de LAGROT ou GOÉAU-BRISSENIÈRE, elle passe de la région para-ombilicale gauche le mercredi, à la fosse iliaque droite où elle persiste du vendredi au dimanche.

Cette mobilité dans le temps quand elle est net-

tement observée, est presque un caractère particulier : n'est-on pas tenté de croire que la douleur para-ombilicale gauche marquait la souffrance vasculaire au niveau de la torsion, et la douleur iliaque droite, la souffrance péritonéale au contact de la tumeur épiploïque en voie de sphacèle. C'est généralement le point douloureux secondaire, plus stable, mieux localisé par la souffrance provoquée à la palpation que nous trouvons décrit dans les observations. Dans 82 observations, où il se trouve précisé, nous relevons un maximum de fréquence :

— A la fosse iliaque droite 40 cas

Ensuite, viennent par ordre d'importance :

— L'hypochondre droit. 11 cas

— L'hémiventre droit, en totalité 9 —

— Un point situé à droite de l'ombilic.. 5 —

— Le flanc droit. 5 —

— La région péri-ombilicale 3 —

— Le petit bassin. 2 —

— La totalité de l'abdomen..... 2 —

— La fosse iliaque gauche 1 —

— L'anneau inguinal droit 1 —

— L'hypogastre 1 —

— L'épigastre 1 —

— L'étage supérieur de l'abdomen 1 —

Soit 13 sièges différents avec un siège nettement électif : LA FOSSE ILIAQUE DROITE.

2° *Les Vomissements* : ils manquent fréquemment, quelquefois remplacés par des nausées, et le plus souvent, font complètement défaut. Nous ne les avons rencontrés que dans 27 cas, d'une façon spon-

tanée, et 2 fois après une purge. Ils n'ont jamais été importants ni durables et sont toujours restés *alimentaires* ou *bilieux* sans jamais devenir porracés ou fécaloïdes sauf dans l'observation de LAPEYRE où le retard mis à intervenir a occasionné une péritonite diffuse et la mort.

3° *L'arrêt des matières et des gaz* est très rarement noté : 6 fois seulement (obs. 7, 15, 22, 50, 50, 51, 68). Il est bien souvent réduit à une constipation récente et manque même le plus souvent : nous avons relevé 2 cas de *diarrhée* (obs. de LAGROT et obs. 54), 1 cas de *flatulence* (obs. 63) et 19 cas de persistance du cours normal des matières et des gaz, soit 21 fois sur 27, c'est-à-dire dans 75 % des cas.

L'arrêt des matières et des gaz se rattache plutôt au phénomène réflexe d'inhibition intestinale passagère que l'on rencontre dans les syndromes douloureux de l'abdomen (coliques hépatiques ou néphrétiques), qu'à la loi de Stokes, du fait d'une péritonite associée comme pourrait le faire croire la défense musculaire et le liquide presque toujours rencontré dans la cavité péritonéale.

LES SIGNES GÉNÉRAUX ne sont pas alarmants, sauf quelques exceptions comme les cas de HECKER, SIMON, LAPEYRE, BUBIS URBANI, INTROINI, GATELIER et MAXIMIN.

Dans le cas de TUFFIER, le seul symptôme constaté était une constipation opiniâtre accompagnée d'une tumeur de la fosse iliaque.

« Le *facies* n'est ni grippé comme dans les états péritonéaux, ni intoxiqué comme dans l'iléus.

« ni même angoissé comme dans la torsion d'autres organes. » (LECUIT).

Le visage est simplement douloureux et fatigué et parfois tout à fait normal. Seule, l'observation de POTHERAT (obs. 28) nous évoque un malade aux traits tirés, aux yeux enfoncés, brûlés de bistre avec subictère manifeste.

L'Ictère n'a été constaté que chez le malade de POTHERAT et chez le nôtre.

La *Température* dépasse rarement 38° et le *Pouls*, le chiffre 100, marquant souvent une légère *dissociation* :

Obs. 26 : T. 37° 9. P. : 120.

Obs. 41 : T. 38°. P. : 104.

Obs. 53 : T. 37° 5. P. : 120.

Obs. 58 : T. 37° 2. P. : 100.

Obs. 64 : T. 37° 8. P. : 100.

Obs. 89 : T. 37° 5. P. : 120.

La formule leucocytaire est normale ou peu modifiée.

SIGNES PHYSIQUES.

La *Tumeur* est le signe physique cardinal comme la douleur est le signe fonctionnel le plus important. Loin d'être constante comme la douleur, la tumeur palpable est cependant très fréquente et doit faire envisager le diagnostic. En effet, elle se trouve signalée dans 47 cas et son absence n'est notée que dans 14 cas. Dans les autres observations, il s'agit de malades obèses, de parois contracturées, ou alors

la référence fait défaut. Nous ne pouvons donc tabler que sur 61 cas et la tumeur est constatée dans une proportion de 77 %.

Cette tumeur est rencontrée au siège de la douleur, bien que AIMES qui conclut sur 122 cas de torsion aussi bien intra-herniaires qu'abdominales, signale un cas où la tumeur siège à gauche, alors que la douleur est à droite. Nous avons rencontré le phénomène chez notre malade et nous avons essayé de l'interpréter.

Son *volume* est variable et l'appréciation qu'on en fait à travers la paroi abdominale varie de la grosseur du poing à celle d'une tête d'enfant. Elle paraît accolée à la paroi et comme à travers la défense musculaire elle donne une fausse sensation d'empâtement, on est tenté de la comparer à un plastron appendiculaire. Cependant, sur les 90 observations que nous rapportons, une seule fois elle a été comparée à un plastron appendiculaire (obs. 72).

Bien plus souvent, les auteurs lui donnent le nom de « tumeur palpable ». En effet, son caractère superficiel, constant, qui lui donne une véritable personnalité, permet aussi une délimitation beaucoup plus nette de la masse épiploïque, surtout en haut et en dedans. Sous anesthésie générale, avant l'intervention, et elle peut n'apparaître qu'à ce moment, elle s'individualise beaucoup mieux qu'un plastron. Elle peut souvent s'en différencier par ce que sa consistance est aussi ferme au centre que sur les bords. Parce qu'elle donne enfin une impression beaucoup plus matérielle aux doigts qui l'explorent.

Sa mobilité, nulle dans le sens vertical, est tout

de même sensible dans le sens transversal et ceci encore lui donne du corps.

Généralement très sensible à la pression, elle imite parfois l'hyperesthésie cutanée et la main qui palpe doit essayer de séparer ces deux sensations.

La percussion révèle une *matité* qui est d'autant plus apparente qu'elle voisine avec un léger tympanisme.

Nous ne décrirons pas son siège : il est le même que celui que nous avons attribué à la douleur. Seuls varient les chiffres de fréquence, puisque la constatation de la tumeur est bien moins fréquente que celle de la douleur.

Le Météorisme et la Contracture manquent souvent : c'est ce qui explique que la tumeur soit si souvent perçue. Cependant, certaines observations signalent un ventre ballonné (obs. 3, 15, 26, 33).

La contracture se limite à l'aire tumorale ou douloureuse et se réduit le plus souvent à une simple défense musculaire qui manque rarement.

Nous n'avons pas trouvé de *Matité déclive* dans les flancs, bien que la presque totalité des cas que nous rapportons aient été accompagnés d'ascite sanglante (40 cas sur 90 observations).

En résumé, la torsion aiguë du grand épiploon, dont le tableau clinique est un syndrome abdominal aigu banal, souvent dévié vers une expression étiologique trompeuse, garde pour un observateur avisé, une symptomatologie propre, grâce à l'opposition proportionnée de ses divers éléments :

Une tumeur douloureuse sous la paroi abdomi-

nale, à évolution déjà trop ancienne pour qu'elle soit grave, ou trop rapide pour qu'elle soit inflammatoire, coïncide avec un état général paradoxalement bon, sans fièvre élevée, sans hoquet, sans arrêt des matières et des gaz, sans matité déclive, et sans vomissements porracés.

La coexistence d'une hernie inguinale droite ou la notion de crises analogues et de traumatisme impose l'idée d'omentovolvulus : il faut s'en débarrasser pour juger sainement des autres diagnostics possibles et plus fréquents.

**Formes cliniques
et diagnostic**

A côté de la forme aiguë que nous avons choisie comme type clinique, parce que c'est celle que l'on rencontre dans l'immense majorité des cas, il y a lieu de signaler :

1° *Une forme chronique* qui existe isolément et que l'on n'opère qu'au cours d'un accident aigu : (Hochenegg, obs. 3; Wiener, obs. 4, Riedel, obs. 18, Pollosson et Conte, obs. 42, Vignard et Giraudeau, obs. 10. Reid, obs. 60. Malherbe, obs. 11. Schonholzer, obs. 26. Hale, obs. 29. Schöff et Keller, obs. 35. Peribère, obs. 64, Ezaü, obs. 73), Bazy, obs. 84), c'est la forme, ignorée jusqu'à ces derniers temps, qui précède la torsion aiguë et qui se révèle à la suite d'un traumatisme ou d'une fatigue : le type le plus pur est celui que rapportent POLLOSSON et CONTE et qui, pendant longtemps, a intrigué et égaré plusieurs médecins.

L'absence de douleur aiguë, la souplesse de la paroi, permettent de découvrir facilement la tumeur.

Le diagnostic en est difficile ; il se pose avec le néoplasme ou la métastase néoplasique (observation de POLLOSSON et CONTE) et les inflammations chroniques du péritoine et du cæcum : la tuberculose (obs. 17 de SIMON) et la syphilis.

Il suffira à ce moment de penser à la torsion chronique du grand épiploon pour donner quelque valeur à l'absence d'antécédents digestifs associée à

un état général bien conservé et éliminer la tuberculose intestinale ou péritonéale.

La syphilis qui ne fait pas sa preuve, est bien vite éliminée.

De toutes façons, le diagnostic opératoire se fera toujours pour peu que l'on pense à la torsion chronique.

2° *Une forme fruste* : c'est le cas du malade de TREMOLIÈRES (obs. 12). Il se ramène au cas précédent qui n'aurait pas fait sa preuve, faute d'avoir eu un épisode aigu.

3° *Des formes associées* :

— A la torsion d'un autre organe : PAYR (obs. 13).

— A un kyste de l'ovaire : SIMON (obs. 17).

— A une appendicite chronique : RIEDEL, (obs. 18). CULLEN (obs. 20). BUBIS. (obs. 31). MAX WORTHER (obs. 59), COEN (obs. 61) PERIBÈRE (obs 64).

— A une lithiasé : BONNEAU (obs. 82). FARR et BACHMANN (obs. 75).

— A une grossesse : RIEDEL (obs. 18). SCHÖFF et KELLER (obs. 35), BUBIS (obs. 31).

— A une salpingite : NOBLE (obs. 16).

Le diagnostic n'est jamais fait : il faut savoir qu'une torsion du grand épiploon peut coexister et y penser chaque fois que le diagnostic opératoire ne satisfait pas l'esprit.

Il faut savoir explorer de la main le reste de la cavité abdominale, si la vésicule ne renferme que quelques calculs sans autre signe d'inflammation, si l'appendice est tout juste congestionné, si la tu-

meur persiste après l'accouchement, surtout si l'accouchement a été prématuré : cas de la malade de RIEDEL.

4° *La forme classique* : celle que nous avons prise pour type clinique, c'est la torsion aiguë intra-abdominale pure, celle qui fait le sujet de notre thèse.

Le syndrome est banal, il peut se rencontrer dans des cas bien différents, c'est un syndrome abdomino-péritonéal aigu accompagné d'un point douloureux toujours et très souvent d'une tumeur.

Le diagnostic se posera suivant le siège de ces signes physiques primordiaux.

a) Le siège le plus fréquent étant la fosse iliaque droite, *c'est à l'appendicite* que l'on pense en premier lieu et c'est le diagnostic qui a amené le plus souvent la laparotomie (51 fois sur 79 diagnostics établis soit dans 65,6 % des cas environ).

C'est celui qui a été fait à tort dans le cas qui nous a inspiré nos recherches.

Il est logique que nous essayions de fixer les éléments de conviction qui puissent nous faire abandonner un diagnostic de fréquence aussi vraisemblable que celui d'appendicite pour le diagnostic d'exception d'omento-volvulus

Les caractères de la tumeur amènent le doute et les discordances du tableau clinique le fortifient : il suffit alors de penser à l'omentovolvulus pour faire une critique de chaque signe et établir souvent le diagnostic. Il a d'ailleurs été fait par BUFALINI (*Il Policlino sez. chir.*, 15 juin 1924) in th. RAMEAUX, Paris, 1929) « la tumeur est

beaucoup trop volumineuse pour une appendicite relativement récente et l'état général n'est pas assez grave pour marcher de pair avec une affection appendiculaire ayant donné un abcès d'un tel volume. » (RAMEAUX).

L'appendicite et la torsion intra-abdominale du grand épiploon se ressemblent, écrit M. SMYTHE, à la fin d'une étude détaillée de ce diagnostic différentiel « mais à voir l'ensemble il y a une assez grande différence de traits clinique entre ces deux affections pour que l'erreur de diagnostic ne puisse arriver au chirurgien qui rencontre son deuxième cas ».

La sensibilité est rarement aussi importante que dans l'appendicite et il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée vraie.

L'absence de fièvre est fréquente, alors que l'apyrexie est rare dans l'appendicite.

Les vomissements manquent la plupart du temps. Ils ne sont signalés que dans 30 % des cas.

L'arrêt des matières et des gaz n'est presque jamais réalisé : 20 %.

La formule leucocytaire est normale.

Il coexiste souvent un canal herniaire droit : 27 % des cas, c'est ce qui a permis à BUFALINI de poser le diagnostic.

b) La plus grande fréquence du siège des signes physiques est ensuite à l'hypochondre droit et à la région para-ombilicale droite. Cette particularité pose pour être discuté, le diagnostic de *cholécystite*.

Le diagnostic est difficile et la défense musculaire

le rend presque impossible quand elle existe. Le volume de la tumeur, l'absence d'antécédents lithiasiques, l'absence de température, sont un faisceau de preuves suffisant quand ils sont réunis. Ils le sont fréquemment.

c) *La torsion d'un autre organe ?*

La symptomatologie de toutes les torsions est la même. La difficulté est encore accrue quand les deux torsions coexistent, cas du malade PAYR (obs. 13), ou qu'une collection hématique dans l'épiploon, due à l'infarctus et aux hémorragies intra épiploïques, simulent un kyste (cas de Dujarier où cette cavité atteint le volume de la tête d'un enfant : AIMES).

Nous citerons en particulier la torsion des appendices épiploïques du cæcum dont BENDER rapporte deux cas dans *Zentralblatt f. Chir.* du 8 mai 1926.

Il est permis de les confondre avec une appendicite, car la tumeur fait constamment défaut. Ce n'est pas le cas de l'omento-volvulus.

d) *La tumeur abdominale* : telle est la subtilité prudente donnée quelques fois à un diagnostic étiologique inexistant.

Sauf le cas de POLLOSON et CONTE où la métastase d'un cancer testiculaire a été évoquée et celui de SIMON où la tuberculose iléo-coecale a été nommée, le diagnostic de tumeur abdominale ne peut être prononcé sans qu'on en précise l'étiologie, et c'est une raison de ne jamais le poser.

e) *L'occlusion intestinale* n'est citée que pour être éliminée; trois cas seulement s'en réclament, celui

de TUFFIER (obs. 7), celui de POLLIDORI (obs. 50) et celui de GATELIER et MAXIMIN (obs. 68). Ils sont parmi les rares qui aient constaté un arrêt complet des matières et des gaz.

Diagnostic opératoire

Le diagnostic opératoire d'omento-volvulus ne doit jamais manquer de se préciser quand se trouve peu justifié un diagnostic différent qui a amené la laparotomie, ou quand l'ouverture du péritoine donne issue à du liquide sanglant.

Il serait impardonnable de refermer une cavité péritonéale qui n'a pas livré son secret comme il serait imprudent de ne pas vérifier l'insertion de l'épiploon quand on a constaté une première torsion près de son bord libre, du fait de la fréquence des doubles torsions (cas de VON EISELBERG, rapporté par LAJARS).

Complications

Les complications sont peu fréquentes dans les observations que nous rapportons : à peine pouvons-nous citer sur 89 cas deux broncho-pneumonies : MAC WORTHER (obs. 58), LEFEBVRE (obs. 33).

Un délirium tremens : LEJARS (obs. 5).

Une péritonite : LAPEYRE (obs. 25).

Huit gangrènes : MAGNANI, NIXON, TUFFIER, etc. (obs. 29, 32, 37, 45, 47, 49, 62, 83).

Un collapsus mortel (obs. 68).

Deux ruptures spontanées (obs. 73, 87).

A côté de cela l'autopsie de TREMOLLIÈRES montre une atrophie cicatricielle et les observations d'EZAÛ et GUIBAL, une rupture du pedicule non compliquée d'hémorragie.

Cependant, AIMES qui table sur 122 cas de toutes sortes aussi bien intra-herniaires qu'intra-abdominaux, les considère comme nombreuses. Il les classe en complications infectieuses et complications mécaniques.

1° *Les complications infectieuses* sont le plus souvent locales. Elles peuvent être générales ou généralisées. L'épiploon privé de sa vascularisation et de ses moyens de défense biologique devient un corps étranger à l'état de nécrobiose, excellent milieu de culture pour les germes de putréfaction de l'intestin. L'infection localisée à une gangrène de la masse épiploïque, ou à une péritonite enkystée par des adhérences peut devenir généralisée ou l'être d'emblée.

Les embolies septiques peuvent donner une broncho-pneumonie, cas de LEFEBVRE (obs. 33), de MAC WORTHER (obs. 58), la résorption des produits de nécrose, une toxémie mortelle (cas de LAPEYRE (obs. 25).

2° *Les complications mécaniques* sont de beaucoup les plus fréquentes.

a) Ce sont d'abord les *troubles vasculaires* : les plus communs sont les phénomènes de *thrombose* et d'*infarctus* qui sont de règle dans la presque totalité des cas de torsion.

On rencontre ensuite des hémorragies interstitielles qui marronnent la tumeur épiploïque de véritables kystes hématiques : le degré supérieur serait l'hémorragie interne si les phénomènes de torsion évoluaient rapidement vers la section spontanée du pédicule. Ce n'est heureusement le cas d'aucun de nos malades et le liquide séro-sanglant rencontré d'une façon presque constante dans le péritoine est un mélange d'exsudat par irritation péritonéale et de transsudat épiploïque par compression veineuse.

L'hémorragie si fréquente au cours des ruptures de pédicules tordus d'autres organes est rarissime dans les torsions du grand épiploon, et il faut opposer ces deux évolutions différentes : l'observation de PAYR n° 13 en est le type idéal puisque les deux torsions s'y trouvent réalisées; celui-ci doit ce privilège à l'extrême plasticité de son tissu conjonctif qui réalise sa cicatrice avant même que la nécrose ait eu le temps de se produire (TRÉMOLLIÈRE, obs. n° 12) et à sa très faible épaisseur : l'épiploon

laisse faire aux vaisseaux les frais de la compression avant d'être intéressé par le processus ; l'endophlébite et l'endartérite précèdent le sphacèle de l'adventice et de son atmosphère conjonctive extrêmement souple, vivace et plastique (cas d'EZAÛ et de GUIBAL).

Des hémorragies viscérales ont été rapportées par des auteurs dont nous n'avons pas les observations. Les phénomènes de torsion de l'épiploon ont été accompagnées d'hématémèses et d'hémorragies intestinales. Le phénomène est à rapprocher d'un phénomène analogue qui suit les ablations totales du grand épiploon (WITZEL, FRIEDREICH et VON EISELBERG, SCHIEFFERDECKER KARGER), si bien que nous ne sommes pas loin d'admettre la théorie très ancienne de RIVINUS et ZIEGERUS. Pour ces auteurs, l'importante trame vasculaire du grand épiploon sert de réservoir régulateur entre les organes voisins et entre ces organes et les vaisseaux principaux au cours des différences de pression que leur fait subir leur horaire fonctionnel.

b) *Les phénomènes de compression*, très rares, donnent un syndrome d'occlusion (cas de POLLIDORI (obs. 50) et de TUFFIER (obs. 7). Une symptomatologie d'emprunt se trouve associée au syndrome pur : colon transverse attiré vers le bas (cas de BONNEAU, obs. 82 et de SCHÖNHOLZER, obs. 26) anse grêle, coudée ou entraînée dans le volvulus.

De même, des adhérences vésicales dans le cas de BUFALINI, (obs. 36) ont ajouté un syndrome urinaire au syndrome abdomino-péritonéal de l'omento-volvulus.

c) *Des torsions associées* : kyste de l'ovaire (PAYR, obs. 13).

d) *Une interruption de grossesse* : cas de RIEDEL, obs. 18.

Pronostic

L'étude plus théorique que pratique des complications qui peuvent intervenir mais que ne sont presque jamais survenues, nous amène à dire que le pronostic est d'une façon presque constante excellent : 86 guérisons sur 89 interventions.

Même abandonnée à elle-même, la torsion épiploïque est rarement fatale (cas de TREMOLIÈRE, cas d'EZAÛ, cas de GUIBAL).

Opérée précocement, elle évolue vers la guérison dans 96,7 % des cas : cependant, nous voudrions attirer l'attention sur la nécessité d'une opération complète : il y a des phénomènes de double torsion. L'excision du pôle inférieur tordu ne suffit pas et si l'étude de la torsion purement abdominale est peu fertile ; et pour cause, en exemples de cure incomplète, c'est dans le domaine des torsions intrasacculaires et des épiplocèles que nous puiserons les cas malheureux où la mort a suivi une cure incomplète (MORESCO, SYME, EISELBERG, DEMONS).

Traitement

Le traitement doit être chirurgical, il ne peut être médical.

1° *La laparotomie* doit être pratiquée d'emblée dès que le diagnostic de syndrome abdominal aigu est posé.

Bien souvent, on en est réduit à prolonger vers le haut une incision de Roux ou de Mac Burney en sacrifiant les muscles larges de l'abdomen, car c'est le diagnostic d'appendicite aiguë qui entraîne le plus souvent la laparotomie (65 % des cas). Si le choix de l'incision dépend du siège de la tumeur, il peut varier aussi suivant que le diagnostic est posé ou ne l'est pas.

Nous systématiserons ainsi le choix des incisions :

1° *Le diagnostic n'a pas été posé :*

a) *Si la tumeur est dans la fosse iliaque droite*, c'est l'incision de Jalaguier ou de Mignon qui doit être pratiquée : elles ont l'immense avantage de pouvoir être prolongée vers le haut après vérification de l'appendice, donnant accès sur l'hypochondre droit et sur l'insertion du grand épiploon, et vers le bas quand il est fixé à l'orifice inguinal interne.

Ils permettent donc d'accéder à la presque totalité des cas : 40 cas où le maximum des signes cliniques était dans la fosse iliaque droite, 33 cas où il siégeait à droite ailleurs que dans la fosse iliaque,

soit 73 fois sur 82 cas où la topographie a été précisée.

b) *Si la tumeur est médiane : épigastrique ou hypogastrique*, on aura recours à la laparotomie médiane : soit dans 2 cas sur 82.

Elle se justifie encore en cas de douleur généralisée et quand on ne découvre pas de tumeur. Dans ce cas, elle répond aux 7 cas de torsion dont le maximum de signes a été signalé :

- dans le petit bassin ;
- à l'anneau inguinal droit ;
- à l'étage supérieur de l'abdomen ;
- à la fosse iliaque gauche.

Ses indications répondent au total à 9 cas sur 82.

2° *Le diagnostic est posé :*

C'est encore l'incision de Jalaguier ou de Mignon qui seront le plus souvent choisies pour les raisons de fréquence du siège que nous avons citée dans le premier cas et parce que tout en respectant les muscles larges de l'abdomen elles permettent une exploration suffisante de toute la cavité abdominale. L'incision médiane bénéficiera des mêmes indications que précédemment.

Cependant, quand le diagnostic est posé, on aura la ressource de commencer l'incision de la gaine du droit beaucoup plus haut que dans une incision de Jalaguier classique, puisque le maximum des signes a été rencontré :

- 11 fois dans l'hypochondre droit ;
- 5 fois à droite de l'ombilic ;
- 5 fois dans le flanc droit ;
- 9 fois dans la totalité de l'hémiventre droit.

On aura avantage à la commencer haut, puisque de toutes façons il faut atteindre l'insertion colique on pourra toujours la compléter vers le bas à mesure du besoin.

II° *La conduite à tenir* sera envisagée ensuite

1° *Vis à vis de l'épiploon*: L'exploration de la totalité du grand épiploon est la règle et la recherche des lésions associées, une discipline.

Son exploration doit être complète et atteindre son insertion colique. La détorsion pratiquée par EITEL ne doit pas être imitée. La résection est le seul traitement de la portion tordue : elle doit se faire en tissu sain, au-dessus du pédicule, par une suture en chaîne au catgut. Le pédicule ne doit jamais être lié en masse, si aminci soit-il. Mais cet exérèse doit être économique, lorsque l'ablation totale ne s'impose pas : en effet, il faut considérer :

a) Le grand épiploon comme un moyen de défense précieux, c'est suivant une expression imagée, un « énorme ganglion lymphatique étalé » et, pour rappeler une boutade de GUINARD, l'enlever serait priver de son gardien le « square péritonéal ». Au contraire une exérèse partielle permet sa régénération rapide comme le montrent les travaux de SILHOL, ARNAUD et PERIOT.

b) La résection totale peut entraîner des accidents : hémorragies gastriques et intestinales (obs. de WITZEL, VON EISELBERG, SAUVÉ, KAERGER, SCHIFFERDECKER).

Au cours des laparotomies plus réduites pratiquées en un siège d'élection à la suite d'un diagnos-

tic quelconque, l'épiploon doit être vu systématiquement au passage, soit qu'il se présente de lui-même, comme c'est la règle, en faisant hernie entre les lèvres de l'incision, soit que, intrigué à juste titre par l'absence de ce phénomène, le chirurgien aille le chercher. Il doit être immédiatement suspecté si la lésion que l'on recherche est insuffisante à expliquer la tumeur ou la douleur et si les lèvres du péritoine laissent écouler un liquide sanguinolant. On ne se repentira jamais de l'avoir recherché pour rien car on l'a, du même coup, étalé sur la masse intestinale avant de refermer, et la défense contre les dangers d'infection en est considérablement accrue.

Accessoirement, on évite aussi les accidents post-opératoires d'occlusion dûs à un volvulus ou à un déplacement en masse de l'épiploon consécutifs à une position de Trendelenbourg ou à un bouleversement explorateur des anses intestinales (cas malheureux de KRASKE, SCHAUTA, HEIDENHAIN, PASTEAU et LE DENTU).

2° *Vis à vis de la tumeur* : c'est l'extirpation qui s'impose, elle doit être *totale* et *complète* ; il existe quelquefois deux tumeurs quand il y a deux pédicules tordus.

On ne doit pas se contenter de l'extirpation de la tumeur située au-dessous du pédicule inférieur.

C'est celle qui apparaît le plus souvent dans l'incision. La tumeur principale existe dans ce cas entre les deux pédicules.

La section des adhérences secondaires est généralement aisée et saigne peu, elle se fait généralement au doigt, les gros tractus fibreux seront sectionnés aux ciseaux sur pince de Kocher, quelques catguts réaliseront l'hémostase une fois la tumeur enlevée.

Le drainage sera une mesure d'exception et il a été très rarement pratiqué par les chirurgiens dont nous rapportons les observations : VIGNARD et GIRAudeau (obs. 10), SCHMID (obs. 23), WIENER (obs. 4).

Il ne trouve sa justification que dans le cas de gangrène septique de l'épiploon qui est très rare et dans les cas où l'hémostase n'a pas été parfaite au cours de la section d'adhérence très étendues.

3° *Vis à vis des lésions associées* : l'appendicectomie a été pratiquée couramment au cours des interventions que nous rapportons, même quand l'appendice était manifestement sain. Elle sera toujours suffisamment justifiée puisqu'elle n'entraîne pas un choc supplémentaire.

Le kyste de l'ovaire a été extirpé du même coup et sans plus de dégâts. On ne comprendrait pas qu'il en fût autrement.

La discussion est permise pour la hernie inguinale : l'oblitération de l'orifice interne par la voie abdominale a pu être pratiquée avec succès dans certains cas. On ne devra pas la tenter au cours d'une intervention aussi importante que l'extirpation d'une tumeur épiploïque, surtout si l'inci-

sion déjà étendue vers le haut doit être prolongée jusqu'à l'orifice inguinal interne.

Elle fera l'objet d'un deuxième temps et par les voies habituelles.

Conclusions

1° La torsion du grand épiploon n'est plus une affection rare.

On doit y penser :

a) En face d'un syndrome abdomino-péritonéal dont certains symptômes sont dissociés :

Tumeur douloureuse, très superficielle quelque part dans la moitié droite du ventre, à évolution déjà trop ancienne pour qu'elle soit grave, ou trop rapide pour qu'elle soit inflammatoire coïncidant avec un état général paradoxalement bon, sans fièvre élevée, sans hoquet, sans arrêt des matières et des gaz, sans contracture vraie, et sans vomissements.

b) Au cours d'une laparotomie, quand l'incision du péritoine donne issue à du liquide hématique, et quand la lésion que l'on pensait trouver ne suffit pas à tout expliquer.

A ce moment, on est surpris que le grand épiploon ne se soit pas présenté dans la plaie : il faut aller le chercher.

II°. La pathogénie du phénomène ressort de plusieurs mécanismes qui ne jouent qu'à la suite d'un déplacement du centre de gravité de l'organe et nous avons trouvé à cela :

des raisons d'ordre anatomique.
des raisons d'ordre pathologique.
des raisons d'ordre physiologique.

III° La conduite à tenir est réglée par quelques indications précises.

Le traitement doit être chirurgical.

Il ne peut être médical.

L'exploration du grand épiploon est la règle et la recherche des lésions associées une discipline.

Son exploration doit être complète et atteindre son insertion colique.

La détorsion pratiquée par EITEL ne doit pas être imitée. La résection est le seul traitement de la portion tordue : on doit faire une résection en chaîne en tissu sain mais économique.

IV. — Les complications sont une rareté.

V. — Abandonnée à elle-même la torsion épiploïque évolue vers la rupture, mais sans hémorragie, au contraire des autres torsions.

V. — Le pronostic opératoire est excellent : 97 % de guérison.

Observations

OBSERVATION N° 1 (Résumé)

G. G. EITEL : « A Rare Omental Tumor »
(*Med. Record*, 5 mai 1899)

Il s'agit d'un homme présentant une ascite intarissable chez lequel après trois paracentèses on pratique une laparotomie : on trouve une torsion réductible du grand épiploon. On se borne à le détordre et tous les accidents disparaissent : ascite, douleurs abdominales sourdes.

Antécédents : pas de hernie.

OBSERVATION N° 2 (Résumé)

PECK : *Med. Record*, février 1900)

Antécédents : hernie inguinale droite réductible, vieille de 12 ans.

Il s'agit d'une femme qui, cinq jours avant d'entrer à l'hôpital a eu des douleurs dans la fosse iliaque droite, des vomissements et une élévation de la température. Depuis douze ans, elle n'a jamais souffert de sa hernie.

Au moment de son entrée à l'hôpital sa température est de 38°1.

Examen : La palpation ne révèle aucune masse tumorale dans la moitié droite du ventre.

Diagnostic : Tumeur abdominale.

Intervention : On découvre une tumeur solide composée d'un énorme magma épiploïque.

Le grand épiploon est tordu sur lui-même au niveau d'un pédicule serré formé de plusieurs tours de spire à 4 centimètres du colon.

L'épiploon est enroulé autour de son axe vertical, il n'a contracté aucune adhérence avec le sac herniaire ; on note quelques adhérences au niveau de l'ovaire. La guérison arrive rapidement et sans complications.

OBSERVATION N° 3 (Résumé)

HOCHENEGG : *Wiener Klinische Wochenschrift*,
1900, p. 291

Le 1^{er} janvier 1900, le malade est pris subitement de violentes douleurs abdominales bientôt suivies de vomissements. Il a un grand frisson qui ne cesse qu'au bout d'une heure après qu'il s'est alité.

Des envies d'aller à la selle qui n'aboutissent pas l'amènent à prendre un lavement ; celui-ci est efficace, mais les symptômes persistent toute la nuit.

Au matin l'état est un peu meilleur, le malade rend quelques gaz. Température : 38°4.

Le 3 janvier, l'état s'aggrave de nouveau. Pouls : 100.

Ballonnement du ventre. L'état général devient menaçant, je suis appelé pour examiner le malade.

Antécédents : Il est porteur depuis son enfance d'une hernie inguinale droite réductible et retenue

par un bandage. Il n'en a jamais été incommodé jusqu'à ces deux dernières années.

Il y a deux ans, troubles digestifs caractérisés par de la pesanteur gastrique et de la lenteur de la digestion.

Les différents traitements institués sont demeurés sans résultats. Enfin, le 1^{er} janvier le malade a pris un bain en voulant remettre son bandage et il a éprouvé quelque peine à rentrer sa hernie.

A l'examen : Je suis frappé par l'état de dépression profonde du sujet : pouls petit, accéléré. Respiration superficielle avec polypnée. Température : 38°5.

La cuisse droite est légèrement fléchie et le malade l'étend difficilement.

Ventre ballonné et tendu. Le sac herniaire est vide de son contenu, l'anneau inguinal est perméable à deux doigts.

Je pense alors qu'il s'agit d'un étranglement herniaire réduit en masse.

A l'exploration du ventre, je note qu'il existe dans la fosse iliaque droite une masse rénitente légèrement mate à la percussion très sensible à la palpation.

Diagnostic : Je pense alors qu'il s'agit peut-être de l'appendicite : le début aigu, la fièvre, le frisson paraissent confirmer cette impression.

Le 4 janvier : Température, 36°9, pouls petit à 96.

Le ballonnement abdominal a augmenté, la mas-

se tumorale paraît avoir grossi, la douleur est très vive à ce niveau.

Le sac herniaire s'est rempli de liquide que l'on peut refouler dans la cavité abdominale. L'intervention est décidée.

Intervention : Incision paramédiane droite. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ 2 litres de liquide sanguinolent et on aperçoit une tumeur de coloration bleuâtre sillonnée de grosses veines très dilatées. C'est une tumeur du volume d'une tête d'enfant, libre d'adhérences, formée d'une masse principale se prolongeant par des ramifications grisâtres. Elle est entièrement constituée d'épiploon.

Cette tumeur se trouve suspendue, en haut, par un pédicule tordu de droite à gauche de la grosseur de l'index.

Le pédicule est lié et sectionné.

Le sac herniaire extirpé, la plaie est refermée.

Pas de complications, la malade sort le 26^e jour. Ses troubles digestifs on disparu.

OBSERVATION N° 4 (Résumé)

VIENER : *Annals of Surgery*. Philadelphie,

Avril 1900, p. 657

Le 7 mars 1900. A. L., 79 ans, entre à l'hôpital du Mont Sinaï avec le diagnostic d'abcès apendiculaire. Malgré son âge, il est resté actif et bien portant.

Le 3 mai 1898, il est renversé par un tramway et

reste sans connaissance une heure durant. Il ne se souvient d'aucune douleur interne.

A ce moment, le malade présente une hernie inguinale droite vieille de 30 ans sans histoire clinique. Il y a quatre semaines, il est pris d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite, celle-ci cesse au bout de 24 heures et le malade reprend sa vie normale.

Quatre jours avant l'opération, nouvelle crise douloureuse de la fosse iliaque droite : c'est une crampe sans fièvre ni vomissements.

La douleur continue par poussées jusqu'à son entrée à l'hôpital. Ses selles sont régulières.

Il s'agit d'un vieillard vigoureux malgré un emphysème, une bronchite chronique et des signes de myocardite. Foie et rate normaux, ventre souple non météorisé.

A mi-distance entre l'épine iliaque droite et le rebord costal, on palpe une masse du volume d'une orange d'une consistance mollassse, et mate à la percussion. Le reste du ventre est indolore, le sac herniaire est déshabité. Température : 38°5. Pouls : 100. Respiration : 24 à la minute.

Diagnostic : Collection suppurée intra-abdominale.

Intervention : Anesthésie au protoxyde d'azote par égard aux lésions cardio-pulmonaire. Incision verticale sur la tumeur, on tombe sur une masse épiploïque, large comme la paume de la main, très infiltrée et de couleur bleu-noir.

La portion inférieure est fixée par une bride au

colon ascendant près de l'angle droit. La portion supérieure a subi une torsion de 5 à 6 tours de spire avec étranglement de la portion inférieure. Quelques adhérences légères à la paroi.

Ligature et section des adhérences, résection de la partie sphacélée. Suture de la paroi avec drainage.

Guérisons sans incidents.

OBSERVATION N° 5

LEJARS. Société de Chirurgie, 9 mai 1900.

A propos d'une communication de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE sur une torsion intra-abdominale et herniaire.

« Je puis citer un cas de même genre observé par moi-même il y a un mois.

Un homme me fut envoyé à l'hôpital pour une appendicite : il en avait tous les signes et présentait une grosse masse remplissant la fosse iliaque. Il portait, il est vrai, une hernie du même côté, mais elle était entièrement réduite.

Je fis l'incision iliaque de l'appendicite et tombai sur une masse énorme d'épiploon.

Pour l'enlever, il me fut nécessaire de prolonger mon incision jusqu'aux fausses côtes. J'arrivai ainsi sur un pédicule épiploïque gros comme les deux poings, tordu trois ou quatre fois, immédiatement au-dessous du colon transversé. Cet épiploon fut réséqué, il présentait des modifications analogues

à celles que nous montre M. CHAMPIONNIÈRE, la partie inférieure de la masse pouvait descendre dans le sac herniaire ; pendant trois jours, le malade alla bien, malheureusement c'était un alcoolique endurci qui succomba dans une attaque de délirium tremens. »

OBSERVATION N° 6 (Résumé)

CELWEIN : *K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien*,
8 mars 1901.

Il s'agit d'une présentation de pièces anatomiques. L'auteur présente une torsion d'épiploon provenant d'un homme de 76 ans, porteur d'une hernie inguinale droite vieille de 30 ans.

Ce malade fut pris subitement de douleurs dans la fosse iliaque droite avec fièvre, vomissements.

Examen : Défense douloureuse de la paroi abdominale dans la région iléo-cœcale : simulant une appendicite.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Intervention : Laparotomie; épiploon quatre fois tordu sur son axe à son insertion colique. L'extrémité inférieure est incluse à l'orifice du sac herniaire.

Résection de l'épiploon et guérison.

OBSERVATION N° 7

TUFFIER : *Bull. Mém. de la Soc. de Chir.*, 15 mai 1901
p. 547. — (Discussion du rapport de M. BROCA
sur une communication de M. FROLICH, de Nancy.)

«... Il s'agit d'un homme de 46 ans que j'ai opéré au mois de mai avec mon ancien collègue, le Docteur Leroy.

Cet home gros et gras, albuminérique depuis 3 ans, avait une hernie inguinale gauche bien maintenue par un bandage. Lorsque je le vis, il présentait depuis vingt-quatre heures tous les signes d'une occlusion intestinale. Il présentait aussi une tumeur siégeant à la partie interne de la fosse iliaque gauche, tumeur allongée, verticale, mate à la percussion superficielle, sonore à la percussion profonde. La laparotomie s'imposait. Sur la demande de son médecin et étant donnée son albuminurie, je lui fis la rachi-cocaïnisation.

J'incisai l'abdomen dans la région iliaque gauche : je trouvai une légère ascite et une tumeur du volume de l'avant-bras absolument noire et adhérente à l'intestin distendu.

La libération des adhérences me fit constater une torsion à double tour de spire de l'épiploon à sa naissance, au-dessous de l'estomac et sa fixation en bas au niveau du canal inguinal.

Je réséquai toute cette masse gangrénée. Mon malade n'eut ni pendant, ni après l'opération, aucun incident. Sa guérison fut rapide et complète. Je ne connaissais pas d'autre exemple de torsion com-

plète de l'épiploon, torsion ayant amené un sphacèle. »

OBSERVATION N° 8 (Résumé)

BALDWIN H. F. : *An. Surg.* 36 : 940, 1902

(Rapporte le cas de Hecker)

Il s'agit d'un homme de 47 ans qui, depuis deux jours souffre d'une douleur dans la fosse iliaque droite. Il n'a ressenti ni nausées ni vomissements.

A l'examen : Pas de tumeur palpable. Sensibilité et rigidité au-dessus de la région de Mac Burney.

Diagnostic : Appendicite.

Intervention : Le grand épiploon est pelotonné sur lui-même formant une tumeur appendue à un pédicule de 8 tours de spire.

Son volume atteint celui d'une grosse figue. La masse entière est enlevée par ligature et section du pédicule.

Guérison simple.

OBSERVATION N° 9 (Résumé)

SYME : *Inter. M. J. Australia*, 1902, p. 444.

Femme de 51 ans qui se plaint de fortes douleurs de la moitié droite de l'abdomen.

Diagnostic : Kyste hydatique abdominal.

Intervention : Le septième jour on découvre un amas d'épiploon étranglé que l'on incise et dont on enlève la partie altérée.

Guérison sans incident.

OBSERVATION N° 10 (Résumé)

VIGNARD et GIRAudeau : *Archives Provinciales
de Chir.*, avril 1903

Dans les premiers jours de 1902, M. D., commerçant, âgé de 32 ans, revenait à son domicile en voiture un après-midi lorsqu'il fut pris d'une douleur brusque dans le côté droit du ventre. Aussitôt après le dîner, souffrant toujours de coliques, il se couche. La nuit est calme. Le lendemain, il se lève pour vaquer à ses affaires, mais la douleur augmente et l'oblige à s'aliter. Le surlendemain dimanche, les douleurs augmentent encore, sont continues avec des paroxysmes.

Pas de vomissements, pas d'arrêt des matières et des gaz. Température : 38°. Les médecins appelés trouvent de l'empâtement et de la douleur dans la fosse iliaque et pensent à une appendicite.

Le sixième jour apparaît un gonflement douloureux de la bourse droite englobant le testicule et simulant une orchite. Ces douleurs scrotales durent quatre jours. L'état général s'améliore et dans le cours de la troisième semaine on lui permet de se lever. Mais la douleur abdominale était loin d'avoir complètement disparu. Le malade éprouvait une grande gêne à se baisser et à marcher longtemps il ne peut reprendre son travail ; aussi vient-il nous consulter un mois environ après le début de cette crise.

En l'interrogeant, j'apprends que depuis 9 ans il a déjà éprouvé à différentes reprises, quatre à cinq

fois par année en moyenne, des douleurs dans le côté droit du ventre sous forme de coliques durant quatre à cinq jours, sans vomissements d'ailleurs. Depuis l'adolescence, il est porteur d'un bandage herniaire droit, et il raconte qu'il est resté cryptorchide jusqu'à 8 ans.

A l'examen : Etat général satisfaisant, température normale mais on remarque dans le côté droit du ventre une tumeur dure, douloureuse qui nous l'amène. Cette tumeur qui paraît sous-pariétale s'étend depuis le rebord costal jusqu'à la bourse droite. En haut, ses limites sont assez nettes et répondent à l'angle supéro-externe du grand droit; vers son milieu, la tumeur s'étale et mesure la largeur de la paume de la main, moitié en dedans, moitié en dehors du muscle droit; en bas, la tumeur s'effile, devient comme moniliforme et s'enfonçant sous l'arcade de Fallope, pénètre en suivant le canal inguinal jusqu'au testicule avec lequel elle se confond. La tumeur est mate, dure, douloureuse au palper.

Sa forme est irrégulière et bosselée.

Diagnostic : Epiploïte apendiculaire avec propagation de l'inflammation à une épiplocèle inguinale préexistante.

Intervention : 28 juin 1902. Incision de Jalaguier. Le péritoine incisé laisse échapper en abondance du sang noir. L'épiploon forme la tumeur sentie à la palpation. Il adhère à la paroi abdominale dont il faut le libérer. Il est infiltré de sang, de coloration noirâtre ou jaune violacé. Pour dégager son extrémité inférieure, nous débridons la paroi abdo-

minale jusqu'à l'arcade de Fallope. On arrive jusqu'au sac herniaire inguinal auquel l'épiploon adhère : les adhérences paraissent récentes et son détachées sans grande difficulté.

J'agrandis mon incision abdominale jusqu'au rebord costal. Après dissection minutieuse des adhérences contractées avec les anses intestinales voisines, nous arrivons sur un pédicule réduit au diamètre du pouce et inséré sur le colon transverse. Trois tours de spire à deux doigts de l'insertion colique. Ligature, excision, appendice sain malgré trois gros calculs, appendicectomie, suture avec drainage de la région des adhérences. Suites opératoires bénignes. Le malade quitte la clinique le 22^e jour.

Examen de la pièce : La masse épiploïque mesure 28 centimètres de long, son périmètre maximum mesure 20 centimètres ; au niveau de son pédicule, son calibre dépasse celui du doigt : en ce point il est tordu trois fois. Il existe également une torsion de la partie inférieure de l'épiploon immédiatement au-dessus de la portion cylindrique qui occupait l'orifice inguinal.

OBSERVATION N^o 11 (Résumé)

MALHERBE : *Arch. Provinciales de Chir.* Avril 1903

B..., 28 ans, se fait hospitaliser parce qu'il souffre atrocement de coliques depuis deux jours.

Antécédents : aucun antécédent à retenir si ce n'est une petite hernie inguinale droite facilement réductible apparue à l'âge de 22 ans non maintenue

par un bandage. A 26 ans, première crise douloureuse marquée par des coliques violentes au niveau de la hernie et dans le côté droit du ventre. Irradiation rapide à tout l'abdomen avec maximum douloureux au flanc droit.

Nausées et vomissements qui exaspèrent la douleur. Le malade réduit facilement sa hernie qu'il accuse de tous ses maux; coliques et vomissements disparaissent; la crise n'a duré qu'un jour.

La même année, deux crises analogues qui disparaissent de la même façon.

L'année suivante, deux nouvelles crises pareilles et la sixième crise le décide à entrer l'hôpital.

Examen : Malade pâle, mais d'aspect peu alarmant. Langue saburrale. Pouls : 110. Température : 37°2.

Palpation : ventre souple et non douloureux du côté gauche. A droite, défense musculaire, et, à la palpation profonde : douleurs vives dans la fosse iliaque. Point douloureux maximum au point de Mac Burney.

Percussion : Zone de matité elliptique à grand axe vertical plus rapprochée de l'épine iliaque que de l'ombilic.

Diagnostic : appendicite.

Intervention : incision de 12 centimètres environ. Sur le bord du grand droit, on rencontre une masse fixée à la paroi par des adhérences légères.

On extériorise une tumeur violacée, noirâtre par places qui correspond à la plus grande partie de l'épiploon en voie de sphacèle. Son pédicule tordu

plusieurs fois sur son axe siège à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du grand épiploon : il présente trois tours de spire.

Ligature de l'épiploon dans sa partie saine. Résection, appendice normal. Suites opératoires simples. Lever au dixième jour. Pas de fièvre.

Examen de la pièce : l'épiploon pesait 300 grammes, mesurait 28 centimètres de long et 15 de circonférence.

OBSERVATION N° 12 (Résumé)

TREMOLLIÈRES : *Bull. et Mém. de la Société Anatomique*, 16 octobre 1903, p. 693.

Il s'agit d'une pièce d'autopsie provenant d'un homme de 50 ans décédé à la maison municipale de santé. Malade profondément cachectique avec les symptômes d'une péritonite chronique : ventre ballonné ascite, empâtement épigastrique. Pas d'adénopathie inguinale ou axillaire. Œdème des jambes. Urines rares, alternatives de constipation et diarrhée, jamais d'accident herniaire.

Autopsie : Ouverture de la cavité abdominale, on tombe sur un cordon du diamètre du petit doigt qui cravate en écharpe la masse intestinale. Il pénètre en bas dans l'orifice inguinal interne droit et se fixe dans le sac herniaire contenu dans la paroi du trajet. En haut, il aboutit au bord libre du colon transverse et peut être suivi jusqu'à l'angle gauche qui est immobilisé par une énorme masse néoplasique.

Le cordon qu'on réussit à dérouler n'est autre que le grand épiploon enroulé sur lui-même et atrophié.

OBSERVATION N° 13 (Résumé)

PAYR : *Arch. für Klinik Chir.*, 1903, p. 501

Femme de 49 ans qui présente du côté droit du ventre une tumeur arrondie, grosse comme une tête d'enfant, modérément tendue, à surface légèrement bosselée, mal délimitée en haut. On palpe tout de même un cordon ascendant qui part de son pôle supérieur.

Antécédents : Début il y a un an. Pas de hernie.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire.

Intervention : Tumeur volumineuse noirâtre, hémorragique, formée par un kyste de l'ovaire tordu sur son pédicule, déjà presque sectionné et d'une masse épiploïque, tordue au niveau perçu à la palpation et qui est formée de deux tours de spire.

OBSERVATION N° 14 (Résumé)

STEWART : *Journal Am. Assoc.*, 1904, p. 767.

Homme de 35 ans que nous voyons avec un syndrome abdominal aigu (douleurs, vomissements) apparu brusquement il y a quatre jours. Température : 39°. Pouls : 120.

Pas d'arrêt des matières et des gaz.

Examen : Contracture de la moitié droite de l'ab-

domen, le maximum douloureux est situé à droite de l'ombilic.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Appendicectomie (appendice normal). Avant de refermer, on explore le reste de la cavité abdominale. On découvre une torsion de la partie inférieure droite de l'épiploon (un tour de spire). Résection. Guérison.

Examen de la pièce : elle mesure six pouces de long et trois de large.

OBSERVATION N° 15 (Résumé)

SCUDDER : *Annals of Surgery*, 1904 p. 916

Homme de 25 ans qui souffre du ventre depuis sept jours.

Généralisée au début, cette douleur se localise dans le flanc droit. Vomissements le premier jour, arrêt des matières depuis trois jours.

Antécédents : pas de hernie.

Examen : Venre météorisé, pas de contracture, on palpe sous la paroi une masse mal limitée occupant la fosse iliaque droite et s'étendant jusqu'à la ligne médiane. Elle est mate, non mobilisable, faiblement douloureuse.

Toucher rectal : sensibilité à droite.

Intervention : Epiploon épaissi, thrombosé, légèrement adhérent plongeant dans le petit bassin. Sous le rebord costal droit se trouve une masse grosse comme une orange : c'est une partie du grand

épiploon tordu une fois et demie sur lui-même.

Résection au ras du transverse. On enlève du même coup un appendice atteint d'inflammation subaiguë. Guérison.

OBSERVATION N° 16 (Résumé)

Th. B. NOBLE : *American Journal of Obstetrics*.

Mars 1904

(Rapporté dans *Semaine Médicale*, 1904, p. 260)

Une femme de 24 ans est prise en pleine nuit de vomissemens accompagnés de douleurs épigastriques atroces; le début de cette affection remonte à deux ans. A cette époque, elle a eu des crises du même genre, mais moins violentes.

Antécédents : Rien à signaler si ce n'est un blennorrhagie datant de deux ans.

Lors de son dernier épisode, température 37°7, pouls 90, langue saburrale. Quand le médecin la vit, les vomissemens avaient cessé, la malade reposait sur le dos, les jambes légèrement fléchies.

L'abdomen est sensible avec un maximum au point de Mac Burney. Irradiation à la région épigastrique. Météorisme et tympanisme de l'abdomen avec submatité dans une zone mal limitée au-dessous et à droite de l'ombilic. La défense musculaire et l'adiposité de la paroi rendent l'exploration difficile.

A signaler : une selle la veille

Diagnostic : Appendicite.

La malade refuse l'intervention parce que la crise tend à disparaître. Six jours après : les douleurs réapparaissent accompagnées d'un frisson et d'une température à 38°3.

On palpe aisément une masse tumorale entre l'épine iliaque et l'ombilic.

L'intervention est acceptée cette fois.

Intervention : Léger exsudat entre le fascia transversalis et le péritoine. On tombe sur une masse presque noire large de 3 centimètres et longue de 12 fixée par des adhérences récentes. On reconnaît le grand épiploon fixé par son extrémité inférieure au pavillon de la trompe droite, formant une bride autour de laquelle il s'est enroulé d'une façon très étroite. Il est probable que la circulation étant interrompue à ce niveau cet accident aurait abouti à la nécrose.

On peut imaginer que la blennorragie antérieure a entraîné les adhérences épiploo-tubaires et que la péristaltisme intestinal a eu pour effet d'enrouler l'épiploon autour de lui-même.

Après résection de l'épiploon et ablation de l'appendice, quoique ce dernier soit parfaitement sain, les troubles disparaissent et le malade guérit parfaitement.

OBSERVATION N° 17 (Résumé)

OTTO SIMON : *Münch. Med. Wochenschr.*, oct. 1905

Malade de 40 ans, constipé depuis dix jours, se

plaignant de douleurs abdominales avec une température à 38°.

A la palpation, on découvre dans la fosse iliaque droite une tumeur ferme un peu bosselée, du volume du poing, de consistance ferme et douloureuse à la pression.

Diagnostic : On pense à une tuberculose iléo-cœcale.

Intervention : Après laparotomie, on tombe sur une tumeur épiploïque, noirâtre, surmontée d'un pédicule tordu, et adhérent en bas à un kyste de l'ovaire droit. Ce kyste, gros comme une pomme, n'a subi aucune torsion.

Ablation ; guérison.

OBSERVATION N° 18 (Résumé)

RIEDEL : *Münch. Med. Wochenschrift*, 1905

Femme de 38 ans, qui a eu une grossesse douloureuse terminée au sixième mois par l'accouchement prématuré d'un enfant mort-né. Les phénomènes douloureux qui avaient cessé après l'accouchement ont reparu à la suite d'un effort, la malade ayant soulevé un fardeau.

Trois mois avant cette dernière crise, elle avait eu une crise de douleurs et de vomissements ayant laissé la place à une pesanteur ilio-inguinale.

Examen : douleurs dans la partie droite de l'abdomen, ventre d'aspect normal, pas de vomissements. Le toucher permet de déceler une masse

adhérente dans le Douglas; température normale, pouls normal.

Intervention: Pas de liquide dans le péritoine; appendice présentant des lésions d'inflammation chronique. Appendicectomie. On découvre une tumeur épiploïque tordue adhérente à l'intestin et à la paroi antérieure du pelvis. Cette masse est rattachée au reste du grand épiploon par un pédicule aminci tordu en deux points.

Examen de la pièce: La torsion paraît ancienne si on en croit l'aspect des adhérences et l'absence de liquide péritonéal. Il semble qu'elle ait été causée par la grosseur et que ce soit à l'occasion de l'effort récent qu'elle se soit manifestée par un épisode aigu.

OBSERVATION N° 19 (Résumé)

OTTO SIMON: *Münch. Med. Wochenschrift*, 1905
p. 1.979.

Femme de 26 ans qui souffre depuis dix jours du côté droit du ventre, la douleur s'est accentuée depuis deux jours, des nausées apparaissent; température 38°, pouls 100.

Examen: matité de tout le flanc droit; cette zone est très douloureuse à la palpation; elle est le siège d'une fluctuation manifeste.

Diagnostic: Abscès appendiculaire.

Intervention: on évacue un litre de liquide sanglant et on tombe sur une tumeur noirâtre et adh-

rente. Après l'avoir libérée de ses adhérences, on reconnaît dans ce magma en voie de sphacèle le grand épiploon tuméfié, infiltré, rattaché au colon transverse par un pédicule tordu deux fois sur lui-même. On le résèque et on pratique une appendicectomie sur un appendice d'ailleurs normal.

Examen de la pièce : la masse épiploïque est longue de 18 centimètres, large de 10, épaisse de 6. Veines thrombosées. Aspect verdâtre et gangréneux à certains endroits.

OBSERVATION N° 20 (Résumé)

CULLEN : *John Hopkins Hosp. Bulletin*, 1905

Homme de 47 ans qui souffre depuis six jours de douleurs épigastriques à la suite d'un traumatisme. Pas de douleurs au point de Mac Burney; température 39°, pouls 100.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Intervention : appendice un peu épaissi et adhérent. Appendicectomie. La main qui explore le reste de la cavité abdominale perçoit à bout de doigt une tumeur irrégulière. L'incision appendiculaire est prolongée jusqu'aux fausses côtes et on extériorise aisément une masse épiploïque violacée adhérente à une vésicule biliaire normale. Résection.

Examen de la pièce : masse de couleur brunâtre, mesurant 14 centimètres, tordue plusieurs fois autour de son pédicule.

Examen histologique : thrombose veineuse, infarctus du tissu adipeux.

OBSERVATION N° 21 (Résumé)

SMYTHE: *Surg. Gynec. Obst.* octobre 1906
(In *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* de 1906)

Il s'agit d'une malade dont la hernie ne sort plus depuis longtemps. Le début des accidents a été brusque: douleurs abdominales du côté droit. Pas de nausées. Température peu élevée: 38°, pouls: 100.

Antécédents: Hernie inguinale gauche depuis dix ans.

Examen: Au troisième jour, défense musculaire de la paroi à droite de la ligne médiane et au-dessous de l'ombilic. La palpation permet de déceler une volumineuse tumeur dans la fosse iliaque droite, mais on remarque que sa délimitation et son exploration est beaucoup plus facile que lors d'une crise d'appendicite aiguë.

Diagnostic: Le diagnostic de probabilité est celui d'appendicite car la crise n'est pas typique.

Intervention: liquide dans le péritoine. On découvre une tumeur épiploïque tordue six fois au niveau de son pédicule, occupant tout le côté droit du ventre et sans connexion avec le sac herniaire gauche. Six tours de spire. Résection. Guérison.

OBSERVATION N° 22 (Résumé)

TUFFIER: *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*,
14 mars 1906

M. TUFFIER: « Je crois que M. GUINARD nous a

dit que la torsion de l'épiploon n'existait que dans les hernies. Je ne crois pas à ce processus univoque et voici une observation qui démontre que les tumeurs de l'épiploon peuvent s'accompagner de torsions. J'ai opéré le 20 décembre 1905 une jeune femme de 23 ans entrée à Baujon pour une tumeur apparue brusquement dans le bassin, un mois avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'une chute dans les escaliers. La tumeur était du volume de deux poings, médiane, arrondie, légèrement mobile en tous sens, inaccessible par le toucher vaginal et le symptôme fonctionnel notable était une constipation opiniâtre.

La laparotomie nous fit constater une torsion de l'épiploon auquel pendaient superposés de bas en haut, trois kystes hydatiques. J'ai réséqué la totalité du grand épiploon et la malade a parfaitement guéri. »

OBSERVATION N° 23 . (Résumé)

SCHMID (de Nice) : *Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*
7 mars 1906

G. Louis, 25 ans, de constitution robuste, est porteur d'une hernie inguinale qui rentre facilement et se maintient sans bandage. Le 23 novembre, sans cause apparente, douleurs dans le canal inguinal avec irradiations dans le ventre, surtout dans la région ombilicale.

Examen: Ventre dur, avec contracture musculaire permettant cependant de percevoir la corde

épiploïque au-dessus de l'anneau. Pas de vomissements, pas d'arrêt des matières et des gaz, pouls 80.

Diagnostic: épiplocèle étranglée.

Intervention: le 24 novembre, à l'ouverture du sac, on tombe sur une anse épiploïque congestionnée, avec des suffusions sanguines. La branche postérieure de cette anse s'amincit au niveau de l'anneau où elle amorce une quantité de tours de spire et disparaît dans l'abdomen. On prolonge l'incision en hernio-laparotomie pour sectionner l'épiploon en tissu sain, à trois doigts du colon transverse. Mais comme on ne peut atteindre l'extrémité inférieure qui plonge dans le petit bassin, on referme et on pratique une laparotomie médiane. La corde épiploïque présente une douzaine de tours de spire, elle s'épanouit dans le cul-de-sac vésico-rectal en trois masses noirâtres très adhérentes.

Le décollement nécessite une hémostase au thermocautère Drain dans le cul-de-sac, suture en trois plans, guérison au vingt-sixième jour.

Examen de la pièce : Corde de 15 centimètres, formant douze tours de spire, de plus en plus serrés, à mesure qu'on se rapproche du fond. On ne peut dérouler que les six premiers.

La couleur violet-noir, l'amincissement qui atteint le diamètre d'une plume de corbeau près du cul-de-sac, laisse penser que la rupture était imminente et qu'elle aurait peut-être été suivie d'hémorragie et d'accidents inflammatoires dûs au sphacèle de certaines portions.

OBSERVATION N° 24 (Résumé)

SKEEL R. E. : *American J. Obst.* 56: 799-806, 1907.

Jeune homme de 21 ans qui se plaint de la région épigastrique et vomit; température : 39°. Pouls : 116.

Examen: Défense abdominale.

Diagnostic: Appendicite.

Intervention : le quatrième jour, liquide sanglant dans le péritoine; on trouve une masse épiploïque, tordue cinq fois sur son pédicule.

Ablation : guérison sans complications.

OBSERVATION N° 25

LAPEYRE (Tours) : *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*,
20 février 1907.

Un homme de 44 ans est pris tout à coup de douleurs abdominales en coup de poignard. Son état général devient rapidement mauvais. Coliques intestinales, vomissements incessants porracés, pouls 120 à 130.

Examen : Abdomen tendu, douloureux, avec empatement de tout le côté droit de l'arcade crurale aux fausses côtes.

Antécédents : Hernie droite depuis vingt ans, mais non apparente à l'anneau inguinal.

Diagnostic : M. LAPEYRE croit à une péritonite diffuse, d'origine appendiculaire et à cause de la

gravité de l'état général, décide de ne pas intervenir.

Le lendemain, une amélioration survenue semble lui donner raison. La douleur n'est pas à Mac Burney; elle est plus haut et toute la partie droite du ventre est occupée par une tuméfaction diffuse.

Intervention : Il intervient le troisième jour, et trouve un épiploon épaissi, gras, infiltré de sang, parcouru par d'énormes veines dilatées, baignant dans un liquide hémorragique. Cette énorme masse épiploïque plonge par sa partie inférieure dans un sac inguinal droit avec lequel elle a contracté des adhérences multiples. On le détache. Pédicule de la grosseur du petit doigt tordu quatre à cinq fois sur lui-même. On lie le pédicule, on enlève la masse épiploïque du poids de 360 grammes. Cæcum et appendice sains. Péritonite diffuse. Amélioration pendant les 36 heures ayant suivi l'opération, puis, brusquement, la scène change et le malade meurt dans le collapsus peut-être à cause du retard que LAPEYRE a mis à intervenir.

OBSERVATION N^o 26 (Résumé)

1908. SCHOENHOLZER : *In Thèse Barboni*, Paris, 1911

Jeune fille de 20 ans qui accuse des douleurs abdominales sourdes, intermittentes depuis plusieurs mois. Elles ont augmenté depuis quatre jours.

Examen : Arrêt des selles, mais persistance de gaz. Température : 37°9. Pouls : 120. Ventre un peu ballonné et douloureux, paroi souple, on palpe une

tumeur grosse comme le poing dans la fosse iliaque droite. Facilement limitable en dedans, elle l'est beaucoup moins en dehors. Submatité de l'aire qu'elle occupe contrastant avec le tympanisme environnant. Pas de hernie, pas d'ictère. On décide d'intervenir.

Diagnostic : pas établi.

Intervention : pas de liquide dans le péritoine ; on tombe sur une tumeur épiploïque d'une couleur bleu foncé avec des zones brillantes par endroits, graisseuses dans d'autres. Elle plonge dans le petit bassin. Libérée de ses adhérences, elle apparaît être une torsion du grand épiploon dont les tours de spire intéressent toute la hauteur de la tumeur. Ils sont au nombre de quatre dirigés de gauche à droite. Cette masse est suspendue au colon transverse par un pédicule spiralé. Le colon transverse est attiré vers le bas, la tumeur intéresse plus de la moitié de l'épiploon. Résection. Guérison.

OBSERVATION N° 27 (Résumé)

KOTHE R. : *Deutsche Med. Wochenschr.* 34 : 748.
1908.

Homme de 26 ans présentant un syndrome appendiculaire.

Diagnostic : Appendicite.

Intervention : Ascite libre dans le péritoine ; on découvre une torsion partielle du grand épiploon ; on enlève la portion étranglée ; guérison.

OBSERVATION N° 28 (Résumé)

POTHERAT : *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1909

Homme de 44 ans, entrant à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite subaiguë. Etat général franchement mauvais: traits tirés, yeux enfoncés, brûlés de bistre, subictère manifeste. Peau terne. Il marche cependant encore.

Au niveau de l'orifice inguinal interne, à droite, est une pointe de hernie ne créant ni gêne, ni souffrance.

Le 15 avril, le malade éprouve une sensation de gêne dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements bilieux et d'ictère. Un médecin appelé prescrit un traitement anodin et tout s'arrange. Quelques jours après, le malade se croyant guéri, sort à bicyclette, mais il est obligé de s'arrêter, repris par ses douleurs abdominales. Il se décide à rentrer à l'hôpital.

Examen : Ventre souple. Dans la fosse iliaque droite est une masse oblongue, dure, et tendue, parallèle au bord externe du grand droit. Non mobilisable, irrégulière, sonore à la percussion profonde, elle ressemble à une induration inflammatoire d'appendicite subaiguë, avec abcès péri-appendiculaire, constitué par le grand épiploon coiffant et circonscrivant le foyer de la maladie.

Au-dessus de l'orifice interne du canal inguinal, on palpe une deuxième masse plus petite, reliée à la grande par un tractus.

Intervention : On tombe sur l'épiploon étalé au

devant des anses intestinales. Il est noirâtre et adhérent. Les adhérences, récentes, sont facilement détachées et la masse épiploïque, de la forme et du volume d'une banane ne tient plus que par le haut et par le bas. En haut un étranglement étroit le relie au colon transverse par 3 tours de spire: ligature; résection. En bas une masse épiploïque arrondie, reliée à la masse principale par un tractus étroit est fixée en bas à l'orifice inguinal interne où elle semble sous-jacente au péritoine. Là était un orifice péritonéal étroit, un canal séreux de quelques centimètres, dilaté et bourré d'épiploon.

OBSERVATION N° 29 (Résumé)

HALE : *Journal of the Medic. Associat.* p. 977, 1917.

Homme de 66 ans qui, depuis trois jours, se plaint d'une douleur brutale, constrictive, périombilicale, accompagnée de nausées et de vomissements.

Antécédents : Il y a vingt ans, crise aiguë, avec début brusque qui dure une semaine. Depuis cinq ans, douleurs sourdes; ces douleurs ont augmenté depuis deux mois.

Examen : Ventre ballonné, douloureux, avec contracture musculaire ; maximum douloureux dans la fosse iliaque droite. Sous la paroi, on sent une masse entre le rein droit et la région appendiculaire. Température : 39°5. Pouls : 85 ; état général inquiétant.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Liquide séro-sanglant dans le péritoine. Appendice sain. A bout de doigt, on palpe une masse entassée entre le cæcum et la paroi. On pense à une tumeur du rein, mais il s'agit du grand épiploon, tordu six fois sur son pédicule. La partie étranglée est sombre et en voie de gangrène. Ablation. Guérison.

OBSERVATION N° 30. (Résumé)

KOHLER R. : *Arch. für Klin. Chir.* 11 : 514, 1918-1919.

Femme de 27 ans qui entre à l'hôpital avec le
Diagnostic d'appendicite aiguë.

Température : 38°. Pouls : 120.

Intervention au bout de plusieurs jours. Issue de liquide foncé par l'ouverture péritonéale. On découvre une torsion de la moitié droite de l'épiploon. La tumeur mesure 10 cm sur 3 cm. Guérison.

OBSERVATION N° 31 (Résumé)

BUBIS : *Surg. Gyn. Obstetrics*, 1919

Femme de 26 ans, enceinte de cinq mois qui souffre depuis plusieurs jours de douleurs à droite dans le ventre. Début progressif. Constipation.

Examen : Dans la fosse iliaque droite, très douloureuse on palpe quatre petites masses au fond de l'utérus. La constipation persiste, la sensibilité augmente, la fièvre apparaît. Le lendemain, l'ag-

gravation des symptômes décide de l'intervention.

Diagnostic : Appendicite.

Intervention : Liquide sanglant dans le péritoine; masse compacte plongeant derrière l'utérus, légèrement adhérente, constituée par le grand épiploon, tordu sur lui-même. Appendice légèrement adhérent et oblitéré. Sous l'utérus, quatre petits fibromes existent et sont les petites masses senties avant l'intervention.

Résection de l'épiploon. Guérison. Accouchement normal au huitième mois.

OBSERVATION N° 32 (Résumé)

J. F. ERDMANN : *New York Surgical Soc.*, 1921

In *Ann. of Surgery*, 1921, page 252.

C'est un enfant de 14 ans qui se plaint de nausées, de vomissements avec douleurs ombilicales.

Examen : Maximum douloureux dans la moitié droite du ventre.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Appendice libre d'adhérences.

On trouve, en cherchant bien, une masse sombre dans le voisinage de la vésicule biliaire ; c'est une tumeur épiploïque formée de la moitié du grand épiploon, tordu trois fois de droite à gauche et en voie de gangrène. Ablation et appendicectomie. Guérison.

Diagnostic : Cholécystite ou appendicite subaiguë.

Intervention : Le quatrième jour. Liquide sanglant intra-abdominal. On trouve une tumeur épiploïque de 12 cm.×7 cm.×3 cm. appendue à un pédicule tordu.

Convalescence normale.

OBSERVATION N° 39 (Résumé)

GUCCI : *Revista Ospedaliera* Rome, 30 Avril 1925

Femme de 33 ans entrée à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Intervention d'urgence ; Epiploon tordu cinq fois sur lui-même avec cinq étranglements. Poids, 1.200 grammes.

Résection ; guérison.

OBSERVATION N° 40 (Résumé)

MULLEN : *Surgery Gynecology and Obstetrics*
N° 5. Mai 1925.

Femme de 31 ans qui souffre de sa fosse iliaque droite. Cicatrice opératoire à la suite d'une appendicite chronique opérée il y a 6 ans et suivie d'éventration.

Hystéropexie il y a quatre ans.

La douleur s'accompagne de nausées et vomissements ; ses troubles deviennent de plus en plus importants.

Examen : Cicatrice de 10 centimètres au tiers inférieur du bord externe du grand droit : à l'extrémité inférieure on palpe une tumeur dure, tendue, très sensible. La pression à son niveau provoque des nausées. Pas de hernie inguinale.

Diagnostic : Hernie de l'ovaire dans l'éventration.

Intervention : Poche de liquide épais, chocolat ; trompe droite dilatée : il semble que l'hystéropexie ait été faite aux dépens de la trompe de Fallope prise pour le ligament rond. L'épiploon adhérent à la trompe est plusieurs fois tordu en deux points. Ablation ; hystérectomie ; guérison.

OBSERVATION N° 41 (Résumé)

MULLEN : *Surgery gynecology and Obstetrics*
N° 5, Mai 1925.

Homme de 34 ans qui vomit depuis trois jours. Début pendant le travail par une sensation de gêne abdominale. Le deuxième jour, sensation de masse mouvante dans la fosse iliaque droite. Entre à l'hôpital le troisième jour ; selles normales, quotidiennes. Température : 38° ; pouls : 104.

Examen : Ventre ballonné, rigide et sensible surtout à droite où la palpation révèle une masse arrondie de 5 centimètres de diamètre dont la mobilisation un peu forte provoque des nausées.

Diagnostic : Absès appendiculaire.

Intervention : Liquide sanglant, noirâtre dans le

péritoine. Appendice normal, masse tumorale épiploïque œdématisée que l'on résèque au-dessus du pédicule tordu. Guérison.

OBSERVATION N° 42 (Résumé)

POLLOSSON et COMTE : *Lyon Chirurgical* T. XXII,
13 mars 1925

M. B., âgé de 62 ans, n'a rien de particulier dans ses antécédents. Il est porteur depuis 15 ans d'une hernie inguinale droite qu'il maintient avec un bandage. Il n'a jamais présenté d'accident au niveau de cette hernie.

Il y a trois mois environ selon ses dires, est apparue une grosseur dans le côté droit du ventre, et en même temps sont survenues des douleurs dans la région épigastrique.

Ces douleurs sont sourdes et continues. Elles revêtent parfois le type de crises plus aiguës durant deux ou trois heures, obligeant le malade à rester couché en chien de fusil pour calmer une sensation de tension abdominale. Les crises apparaissent sans horaire fixe le jour ou la nuit. Elles ne s'accompagnent jamais de vomissements.

Actuellement, elles sont devenues plus fréquentes et surtout plus longues. C'est pourquoi il entre à l'hôpital le 16 septembre 1923. Après des traitements médicaux variés, il a vu des chirurgiens et on apprend en particulier qu'on a porté sur lui le diagnostic du cancer du testicule considérant les modifications de poids et de consistance du côté de la glan-

de génitale et interprétant la tumeur abdominale comme un envahissement ganglionnaire. A son entrée, il s'agit d'un malade un peu pâle et amaigri.

A l'examen : on trouve : dans la fosse iliaque droite, une tumeur de la grosseur d'une orange irrégulière et un peu allongée obliquement en haut et en dehors. Cette tumeur paraît mobile sur les plans superficiels et sur les plans profonds. Si on mobilise la tumeur abdominale, ce qui ne peut pas se faire sans provoquer de douleurs, le testicule se mobilise avec elle.

Toucher rectal négatif. Radiographie avec lavement baryté, rien à signaler. Transit normal.

Diagnostic : M. PATEL rejette le diagnostic de cancer du testicule : « C'est tout, sauf cela » et porte très affirmativement le diagnostic de torsion épiploïque chronique, intra-abdominale chez un porteur de hernie ancienne, ce qui le porte à intervenir.

Intervention : 25 septembre 1924 ; hernio-laparatomie ; gâteau épiploïque dans la fosse iliaque droite ressemblant beaucoup à l'appendicite torpide des gens âgés. On ne peut tenter directement la libération sans danger : on décide une castration et on se sert du cordon comme guide. On opère de bas en haut et on sectionne le déférent au niveau de l'orifice inguinal interne. Grâce au sac, on soulève facilement la masse épiploïque et on la libère rapidement. En haut, pédicule étroit sectionné après ligature. Suites idéalement simples. Le malade quitte l'hôpital seize jours après.

OBSERVATION N° 33 (Résumé)

LEFEBVRE : *Soc. Chir. de Paris*, janvier 1923.

Vieillard de 65 ans, souffrant du ventre depuis 48 heures. La douleur a débuté brusquement à droite, accompagnée de nausées et d'un vomissement. Température : 39°4. Pouls : 130. Constipation sans arrêt des gaz. Etat général satisfaisant, facies normal.

Examen : Météorisme modéré, contracture du flanc droit, point maximum de la douleur un peu au-dessus du point de Mac Burney. Pas de plastron; pas d'empâtement profond. Toucher rectal négatif.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Pas de liquide dans le ventre. Fosse iliaque libre : cæcum et appendice sains. En avant du colon ascendant on trouve une masse noirâtre, légèrement adhérente à l'intestin, de consistance cartonnée et très friable. C'est le grand épiploon tordu trois fois dans le sens des aiguilles d'une montre. On peut le suivre jusqu'à l'insertion de son attache colique. On voit qu'il présente à droite une sorte de nœud que l'on reconnaît être formé par le grand épiploon tordu autour de son attache colique. L'épiploon est divisé par des incisures profondes. Les portions saines ne présentent aucune trace d'épiploïte aiguë ou chronique.

Résection du segment nécrosé. Appendicectomie. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Le troisième jour, broncho-pneumonie. Mort au sixième jour.

L'appendice est reconnu sain à l'examen histologique.

OBSERVATION N° 34 (Résumé)

D'ALLAINES et ROUFIAC: *Bull. et Mém. de la Soc. Anatomique de Paris* - 93 : 327. Avril 1923

Femme de 51 ans qui souffre de douleurs abdominales généralisées, sans température et sans vomissements.

Examen : Masse palpable dans la région iliaque droite.

Diagnostic : Pas établi.

Intervention : Le huitième jour, grosse masse d'épiploon tordu sur lui-même avec grosse collection de liquide sanglant dans la cavité péritonéale. Guérison normale.

OBSERVATION N° 35 (Résumé)

SCHÖFF et KELLER : *Soc. Obs. et Gyn.* 1923.

Primipare de 26 ans, grosse de cinq ans qui, trois semaines avant le début de sa grossesse a eu une crise douloureuse abdominale accompagnée de vomissements.

Depuis trois jours, les mêmes symptômes sont réapparus dans la moitié droite du ventre.

A l'examen : ventre ballonné, vomissements, contracture du flanc droit qui est le siège de la douleur maxima. Température normale. Pouls : 90.

Diagnostic : On hésite entre celui de cholécystite subaiguë ou d'appendicite.

Intervention : liquide hémorragique dans le péritoine, masse épiploïque rouge, noirâtre, grosse comme les deux poings, libre dans la cavité abdominale ; pédicule gros comme deux doigts, tordu de 360°.

Ablation, guérison.

Examen de la pièce : Infiltration hémorragique plus ou moins récente. Véritable hépatisation des lobes adipeux. Cicatrice blanchâtre entre ces lobes épaissis, pas de thrombose à l'examen microscopique.

OBSERVATION N° 36 (Résumé)

BUFFALINI : *Il Policlino Sez. Chir.*, 15 juin 1924.

Homme de 28 ans, atteint d'un syndrome douloureux de la région hypogastrique avec dysurie.

Au bout de cinq jours, la douleur se localise à la fosse iliaque droite ; température : 39°.

Antécédents : Hernie inguinale droite opérée il y a longtemps.

Diagnostic : Appendicite.

Expectative avec glace et opium. Tout rentre dans l'ordre.

Numération globulaire : 4.000 globules blancs.

Examen : On peut palper une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Intervention : Tumeur épiploïque adhérente re-

liée au colon transverse par deux tours de spire.

Appendice normal.

Résection ; guérison.

•
OBSERVATION N° 37 (Résumé)

NIXON J. W. Jr. : *Texas State J. M.* 20 :

659-660. Avril 1925.

Homme de 29 ans ayant présenté durant une semaine de vagues douleurs épigastriques.

La veille de son entrée, la douleur augmente à la suite d'un effort violent (le malade avait voulu soulever une grosse futaille).

Examen : Le maximum douloureux est à l'hypochondre droit. Pas de vomissements.

L'abdomen est météorisé et très sensible dans la région vésiculaire.

Diagnostic : Cholécystite aiguë.

Intervention : Tumeur épiploïque de coloration foncée, gangrénée. L'extrémité proximale est tordue deux fois sur elle-même.

Résection. Guérison.

OBSERVATION N° 38 (Résumé)

COWELL E. : *Brit J. Surg.* 12 : 738-751. Avril 1925

Homme de 48 ans, souffrant de douleurs dans l'hypogastre et du côté droit de l'abdomen. Température : 37° 2. Pouls : 90.

OBSERVATION N° 43 (Résumé)

E. SCHWARZ : *Zentralblatt f. Chir.* Janvier 1926

Femme de 48 ans, déjà opérée en janvier 1925 d'une hernie inguinale droite. Cinq semaines après, douleurs abdominales aiguës qui durent depuis 2 jours, généralisées au début, elles se sont localisées au cadran supérieur droit du ventre.

Examen : Point douloureux vésiculaire avec contracture. Dans la profondeur, on palpe une tumeur arrondie très sensible à la pression, mobile avec la respiration.

Diagnostic : Cholécystite aiguë.

Intervention : Tumeur comme le poing, jaune verdâtre, recouverte de placards fibrineux, adhérente à la paroi au foie et à la vésicule qu'elle coiffe. Il s'agit d'une masse épiploïque appendue à un pédicule présentant dix tours de spire. Vésicule saine. Résection. Guérison.

OBSERVATION N° 44 (Résumé)

F. R. BROWN : *British Medical Journal*, 30 Janv. 1926

Homme 63 ans, souffrant de la moitié droite du ventre.

Examen : Contracture de la paroi.

Diagnostic : Appendicite.

Intervention : Torsion de la moitié droite du grand épiploon.

OBSERVATION N° 45 (Résumé)

LANGE E R. : *New Zealand M J.* 25 : 175.

Femme de 46 ans qui se plaint depuis trois jours d'une douleur dans la moitié droite de l'abdomen ; pas de vomissements.

Température : 37°2. Pouls : 108.

Examen : Abdomen sensible, résistant, avec une sensation de pesanteur du côté droit.

Diagnostic : Appendicite.

Intervention : On trouve l'épiploon tordu et gangréné, résection de la portion malade. Convalescence sans incident.

OBSERVATION N° 46 (Résumé)

KOSTER H : *Am. J. M. Sc.* 172 : 230-237. Août 1926.

Premier cas :

Homme de 58 ans qui a ressenti brusquement une douleur dans l'hypochondre droit. Ni nausées, ni vomissements. Température : 39°5. Pouls : 116.

Examen : Masse palpable dans la région du caecum supérieur droit du ventre, du rebord costal à l'ombilic.

Diagnostic : Cholécystite aiguë.

Intervention : Liquide abondant dans le péritoine, Vésicule et appendice normaux. Une grande partie du grand épiploon est tordue plusieurs fois sur elle-même. Résection près de son insertion. Convalescence normale.

OBSERVATION N° 47 (Résumé)

KOSTER H. : *Am. J. M.*

Deuxième cas :

Femme de 44 ans qui souffre au niveau du cadrant supérieur droit de l'abdomen pendant cinq jours. Température : 38°5. Pouls : 90.

Diagnostic : Cholécystite aiguë.

Intervention : Liquide séro sanglant dans le péritoine. Une masse gangrénée de l'épiploon est suspendue au colon transverse par un pédicule étroit tordu huit fois sur lui-même.

Résection ; convalescence normale.

OBSERVATION N° 48 (Résumé)

RIDDEL J : *Brit. M. J.* 2 : 255. 18 Sept 1926

Homme de 46 ans qui souffre d'une douleur grave à droite de l'ombilic. Cette douleur a progressivement augmenté pendant deux jours. Température : 36°2. Pouls : 86.

Examen : Sensibilité et contracture de la fosse iliaque droite. Tumeur palpable à cet endroit.

Diagnostic : Appendicite subaiguë.

Intervention : Sérosité légèrement trouble dans le péritoine. On découvre une masse épiploïque de la grosseur d'une figue verte et atteinte d'infarctus rouge.

On enlève la moitié droite du grand épiploon qui participe à la tumeur. Convalescence normale.

OBSERVATION N° 49 (Résumé)

HINTON : *Archives of Surgery*, Oct 1926.

Femme de 28 ans sans antécédents, qui entre parce qu'elle vomit et que depuis 18 heures, elle souffre de la région ombilicale. Température : 37°2; Pouls : 80. Ensuite, les douleurs se localisent à la fosse iliaque droite.

Examen : Rigidité de la paroi. Pas de tumeur palpable. Utérus et annexes normaux.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Epiploon gangréné. Cæcum et appendice normaux. Vésicule examinée après agrandissement de l'incision vers le haut : gros calculs. Cholécystectomie.

Masse épiploïque tordue trois fois sur elle-même, gangrénée mesurant 11 cm. sur 9 cm. Ablation ; guérison.

OBSERVATION N° 50 (Résumé)

POLLIDORI : *Archivo Italiano di Chirurgia*, Mars 1927

Femme de 38 ans, sans antécédents qui, brusquement, a ressenti deux jours avant son entrée une douleur aiguë dans le cadran supérieur droit du ventre. Arrêt des matières et des gaz.

Pas de vomissements ; température normale.

Examen : Ventre météorisé. Contracture légère avec maximum douloureux dans l'hypochondre

droit : à ce niveau, résistance profonde et submatité. Pas de hernie.

Diagnostic : Occlusion intestinale de cause mécanique.

Intervention : Les anses intestinales sont distendues et, sous le foie, les deux tiers du grand épiploon tordu 3 fois sur leur insertion colique, de gauche à droite, forment une masse sans adhérences. Résection ; guérison.

OBSERVATION N° 51 (Résumé)

F. ALBERT (de Liège) *Congrès de Chir.* 1927, p. 221.

Douleurs violentes ayant débuté brusquement dans la région péri-ombilicale avec un maximum douloureux à droite.

Vomissements.

Arrêt complet des matières et des gaz.

Intervention : Grand épiploon tordu en masse autour de son grand axe : six tours de spire, son bord libre est absolument normal, mais son bord droit se trouve inséré anormalement sur le colon droit qui est fortement mobile, ainsi que l'angle hépatique. La torsion du grand épiploon a entraîné une véritable torsion de l'angle hépatique réalisant à ce niveau une obstruction totale. Résection. Dès la résection, le colon reprend sa place, on le fixe par colopexie.

OBSERVATION N° 52 (Résumé)

URBANI : *Il Policlinico Sez. pratica*, 13 juin 1927.

Femme de 53 ans qui a été prise subitement de douleurs violentes au niveau de l'étage supérieur de l'abdomen. Pas d'antécédents; ni fièvre, ni vomissements. Arrêt des matières et des gaz au début. Au troisième jour, l'état général aggravé impose l'intervention.

Diagnostic : n'a pas pu être établi.

Intervention : Liquide séro-hématique à l'ouverture du péritoine. L'épiploon est noirtâtre, tordu quatre fois sur sa base d'implantation. Résection ; appendice sain. Vésicule saine quoique adhérente à l'angle droite du colon. Guérison.

OBSERVATION N° 53 (Résumé)

TROJAN : *Zentralblatt für Chir.* N° 43

2 Oct 1927: pp. 2705-2.706.

Homme de 24 ans ayant ressenti brusquement de violentes douleurs entre la crête iliaque et l'ombilic. Pas de vomissements.

Examen : Dans la fosse iliaque droite, on sent une masse douloureuse grosse comme le poing. Température : 37°5. Pouls : 120.

Numération leucocytaire : 12.700 globules blancs.

Diagnostic : Appendicite probable.

Intervention : Un peu de liquide séro-sanglant

s'écoule du péritoine. L'épiploon est rouge sombre par endroits, bleuâtre à d'autres, œdématisé, épais si il n'adhère pas à l'appendice mais dans sa moitié droite il est le siège d'une torsion de 360°. Un fragment est déjà nécrosé. Résection ; appendicectomie ; guérison.

OBSERVATION N° 54 (Résumé)

DUDGEON H. R. : *Texas State J. Med.* 23 : 388-392

Homme de 63 ans qui présente depuis deux jours une forte diarrhée accompagnée de coliques dans cadran supérieur droit du ventre, avec nausées et vomissements. Température : 37°8. Pouls : 90.

Examen : Sensibilité et défense de l'hypochondre droit.

Diagnostic : Cholécystite aiguë.

Intervention : A l'incision du péritoine, il s'échappe un jet de liquide sanglant. On enlève une masse épiploïque tordue, de couleur ardoisée. Le résultat de l'intervention n'est pas rapporté.

OBSERVATION N° 55 (Résumé)

BONNET : *Soc. de Chir. de Lyon*, 27 oct. 1927

Il s'agit d'un homme de 26 ans qui souffre du ventre depuis cinq jours.

A l'examen : on note une tumeur allongée le long du bord externe du grand droit.

Diagnostic : Cholécystite.

Intervention : Ascite sanglante ; appendice ascendant avec signes d'inflammation récente. Au-dessus masse épiploïque noirâtre adhérente à la paroi. Nombreux tours de spire au niveau du pédicule. Résection. Guérison.

OBSERVATION N° 56 (Résumé)

COMSTOCK A. E. : *Minnesota Méd.* 10 : 201-202.
Mars 1927

Homme de 38 ans qui souffre de fortes douleurs dans la moitié droite du ventre.

Ni nausées, ni vomissements. Température : 37°. Pouls : 90.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Grosse collection sanglante dans le péritoine. Torsion du grand épiploon au niveau de son insertion colique. Résection ; convalescence normale.

OBSERVATION N° 57 (Résumé)

MAC AULEY : *Brit. J. Surgery*, 15: 387-389. Janv. 1928

Homme de 25 ans qui se plaint de douleurs apparues brusquement il y a 24 heures dans la fosse iliaque droite. Un seul vomissement. Température : 37°8. Pouls : 86.

Examen : Contracture légère et sensibilité marquée au-dessus de la fosse iliaque droite.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Péritoine œdématié ; liquide sanglant péritonéal. Torsion d'un tour complet du bord droit du grand épiploon. Résection ; guérison.

OBSERVATION N° 58 (Résumé)

MAC WORTHER : *Arch. of Surgery*. Fév. 1928.

Premier cas : Homme de 55 ans, entrant avec les symptômes d'une cholécystite aiguë ; quatre heures après une chute, il a été pris d'une douleur assez localisée dans l'hypochondre droit, avec crampes survenant toutes les 5 minutes et durant 3 à 4 minutes. Pendant 48 heures, cette douleur va croissant en intensité et en étendue. Elle est exaspérée par la respiration et les mouvements. Pas de vomissements ; pas de constipation.

Examen : Défense de l'hypochondre droit avec douleurs à la palpation. Pas de tumeur palpable. Température : 37°3. Pouls : 100.

Intervention : Liquide clair dans le péritoine. Grosse masse tumorale formée par la torsion de l'épiploon au-dessous de l'estomac. Pas d'adhérences. La tumeur, exsangue, est bleuâtre par places et rouge en d'autres. Elle s'étale vers le droite jusqu'au-dessous de l'angle hépatique où elle est fixée par des adhérences récentes. Résection en tissu sain.

Complications : Broncho-pneumonie typique probablement d'origine embolique ; guérison au vingt-sixième jour à l'hôpital.

Examen de la pièce : Elle mesure 11 cm. de long sur 2 cm. d'épaisseur.

OBSERVATION N° 59 (Résumé)

MAC WORTHER : *Arch. of Surgery*. Fév. 1928.

Deuxième cas : Homme de 49 ans qui entre avec des signes d'appendicite aiguë. Douleurs en coup de couteau dans la fosse iliaque, allant en augmentant depuis deux jours.

Ni vomissements, ni nausées. Pas de constipation.

Examen : Défense de la fosse iliaque droite ; douleur exquise à la palpation à cet endroit ; pas de tumeur palpable. Température : 37°2. Pouls : 92.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Péritoine épais œdématié, renfermant un liquide citrin. Appendice congestionné, contenant un fécalome. Appendicectomie. On agrandit l'incision pour explorer le reste de l'abdomen et on trouve une masse du volume d'un rein formée par un épiploon étranglé, hémorragique et recouvert de fibrine, rattachée par un pédicule serré, formé d'un tour de spire, au tiers moyen de l'organe.

Résection ; guérison.

Examen de la pièce. — Elle mesure 14 cm. sur 5 cm. et sur 4 cm.

OBSERVATION N° 60 (Résumé)

REID G. A. : *Brit J. Surg.* 15 : 523. Janvier 1928

Femme de 65 ans qui a souffert pendant 15 jours de malaises à la partie inférieure de l'abdomen. Ensuite apparaissent de fortes douleurs lancinantes de la partie haute du ventre, à la suite d'une purge d'huile de ricin qui fut d'ailleurs rejetée par vomissement. Température : 36° 7. Pouls : 80.

Examen : Contracture de tout l'abdomen; douleurs provoquées par la palpation à droite et au-dessus de l'ombilic.

Diagnostic : Appendicite.

Intervention : Emission de liquide sanglant par l'ouverture péritonéale. On trouve une masse épiploïque étranglée adhérente par un petit tractus à la grande courbure de l'estomac. Pas d'autre lésion. Résection. Convalescence sans accident.

OBSERVATION N° 61 (Résumé)

COEN : *Policlinico* (partie chir.) 35: 252-260 Mai 1928

Enfant de 7 ans présentant des douleurs sévères de la fosse iliaque droite irradiée à l'ombilic et à l'épigastre.

Pas de vomissements. Température : 39°. Pouls : 98.

Examen : Sensibilité et défense de cette région avec masse palpable, pas délimitée.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Quantité excessive de liquide péritonéal trouble. L'appendice légèrement congestionné est enlevé. Avant de refermer, on découvre se mouvant librement dans l'abdomen, une portion tordue du grand épiploon mesurant 8 cm. sur 4 cm. et recouverte de taches nécrotiques. Il y avait plusieurs tours de spire et le pédicule était relié à la moitié droite du colon transverse. Résection. Convalescence normale.

OBSERVATION N° 62 (Résumé)

MAGNANI : *Il Policlino Sez. prat.* Juin 1928

Jeune fille de 17 ans ayant présenté subitement des douleurs très violentes dans la moitié droite du ventre. Température : 37°. Les vomissements apparaissent alors que les douleurs diminuent.

Antécédents : Typhoïde à l'âge de 5 ans.

Examen : Défense de la fosse iliaque droite. Point douloureux un peu au-dessus du point de Mac Burney.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Appendice sain.

A la commissure supérieure de la plaie opératoire, on aperçoit l'épiploon adhérent au péritoine pariétal et fuyant vers le haut sous forme d'un tractus rouge sombre. Une première torsion se trouve au niveau d'une adhérence au rebord costal. Un deuxième pédicule tordu se trouve au niveau de l'insertion colique. Résection. Guérison.

Examen histologique : Lésion de gangrène.

OBSERVATION N° 63 (Résumé)

SUSMAN M. P : *M. J. Australia*, 2. 256-757 15 Déc 1928

Homme de 59 ans qui se plaint de flatulence et de douleurs légères dans la fosse iliaque droite depuis quinze jours.

Exacerbation subite de la douleur, ces deux derniers jours. Ni nausées ni vomissements. Température : 37°9. Pouls : 86.

Examen : Contracture et sensibilité de tout le côté droit du ventre, pas de tumeur palpable.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Sérosité sanglante, libre dans le péritoine. Le bord droit de l'épiploon est tordu plusieurs fois sur lui-même. Pas d'autre anomalie. Résection de la tumeur, convalescence normale.

OBSERVATION N° 64. (Résumé)

PERIBERE : Obs. in th. Paris, 1928.

Il y a 12 ans, un homme de 29 ans a présenté une crise abdominale douloureuse avec vomissements; il y a quatre jours, après un effort, il a ressenti une douleur lombaire, puis son état général est devenu moins bon : anorexie, constipation, langue saburrale et céphalée. Il s'est purgé il y a vingt-quatre heures. Le soir de sa purge, douleurs brusques dans le ventre pas de vomissements, mais quelques nausées.

Examen : Fosse iliaque droite douloureuse avec

contracture musculaire. Température : 37°8. Pouls : 100.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Incision de Mac Burney. On tombe sur une masse épiploïque noirâtre d'environ 8 cm. de long ; elle est tordue deux fois sur elle-même dans le sens des aiguilles d'une montre ; l'appendice est adhérent sur le cæcum. Appendicectomie ; guérison le dixième jour.

OBSERVATION N° 65 (Résumé)

E. HEGGE (Ullevaal) : *Norsk Magazine for Laegevidenskaben*, An. XV, n° 4. Avril 1929, p. 395-397.

Homme de 54 ans qui entre dans le service de WIDEROE avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Intervention : Appendice normal qu'on enlève. Une exploration plus complète fait découvrir dans la cavité abdominale une tumeur grosse comme un œuf. Elle est formée par une partie du grand épiploon tordu autour d'un pédicule mince. On extirpe la tumeur avec une partie de l'épiploon auquel elle était rattachée. Guérison sans complications.

OBSERVATION N° 66 (Résumé)

L. A. INTROINI : *Revista Médica del Rosario*, An. XIX N° 5. Mai 1929, pp. 230-234.

Homme de 28 ans qui, depuis quelques jours, a des signes d'embarras gastrique qui l'ont amené à

se purger. L'état s'aggrave rapidement des vomissements apparaissent.

Examen : 20 heures après le début de l'aggravation; on constate la présence d'une masse dans la fosse iliaque droite, très volumineuse, très douloureuse à la pression. Il existe des traces d'une hernie inguinale droite, vide pour le moment.

Diagnostic : Appendicite.

Intervention : Grand épiploon rouge vineux, congestionné tordu. Résection. Guérison.

OBSERVATION N° 67 (Résumé)

BRANDESKY, Vienne, 1920 : *Zentralblatt für Chir.*
t. 56, n° 30, 27 Juill. 1929 pp. 1.859-1.861.

Femme de 39 ans, qui se plaint depuis 5 jours de douleurs abdominales violentes, surtout dans la fosse iliaque droite.

Examen : La contracture empêche l'exploration du ventre ; l'orifice inguinal droit est perméable et donne une impulsion à la toux. La hernie est vide de son contenu.

Diagnostic : Appendicite.

Intervention : On tombe sur une masse épiploïque plus volumineuse que le poing, infiltrée de sang noir et appendue à un pédicule gros comme le pouce, tordu 10 fois sur lui-même, dans le sens des aiguilles d'une montre. Résection. Guérison.

OBSERVATION N° 68 (Résumé)

GATELIER et MAXIMIN : In Th. Paris 1929 J. RAMEAUX

Homme de 59 ans qui est entré à l'hôpital de Vaugirard le 30 avril 1929 pour une crise douloureuse abdominale avec arrêt absolu des matières et des gaz depuis deux jours. Vomissements bilieux. Tableau complet d'une occlusion intestinale.

Examen : Malade obsèse, facies altéré état général mauvais, langue sèche, température 37°, pouls 80 mal frappé, respiration difficile, météorisme.

Antécédents : Ethylisme. La paroi abdominale très adipeuse empêche de rechercher les signes du péritonisme intestinal, ni la présence d'une tumeur abdominale. Orifice inguinal externe perméable mais libre. Impulsion à la toux.

Diagnostic : Occlusion intestinale aiguë par réduction en masse du sac herniaire.

Intervention : Laparotomie sous-ombicale ; issue de liquide louche. Torsion du grand épiploon : il est de couleur vineux formant une masse importante adhérente par un tractus d'un demi-centimètre à l'orifice inguinal interne. Tordue à son insertion colique, son extrémité distale est tordue elle aussi. Il forme une anse dans la fosse iliaque droite. Résection. Poids de la pièce ; 765 grammes. Mort le troisième jour de collapsus cardiaque.

OBSERVATION N° 69 (Résumé)

N. SANTORO : *La Clinica Chirurgica sér.*, an XV,
fasc. 12 Décemb. 1929, pp. 1.717-1.727.

Signes cliniques d'appendicite aiguë, à siège exceptionnellement élevé ou cholécystite.

Intervention : On découvre une torsion du grand épiploon. Section du pédicule qui présente trois tours de spire. Poids de la tumeur : 750 grammes. Guérison.

OBSERVATION N° 70 (Résumé)

J. G. KNOFLACH : *Deutsche Zeitschrift für Chir.*
t. CCXXV, Juillet 1930, pp. 436-445.

Premier cas :

Syndrome abdominal aigu.

Intervention : On découvre une torsion du grand épiploon libre dans la cavité abdominale. Résection; guérison.

Examen de la pièce : Inflammation aiguë de l'épiploon, constatée histologiquement.

OBSERVATION N° 71 (Résumé)

J. G. KNOFLACH : d°

Deuxième cas :

Syndrome abdominal aigu.

Intervention : Epiploon adhérent au fond de la vésicule biliaire et tordu sur lui-même. Résection. Guérison.

Examen de la pièce : Inflammation banale à l'examen histologique.

OBSERVATION N° 72 (Résumé)

CORACHAN : *Ars Médica*, an VI, n° 63, Octobre 1930
pp. 345-348.

Syndrome abdominal aigu avec vomissements.

Examen : Tuméfaction de la fosse iliaque droite donnant l'impression d'un plastron appendiculaire.

Intervention : Masse épiploïque tordue et thrombosée. Appendice sain. Résection de l'épiploon. Guérison.

OBSERVATION N° 73 (Résumé)

ESAÜ : *Zentralblatt für Chir.* t. XLIX, n° 14, 2 Avril 1932, p. 867.

Analyse dans le *Journal de Chir.* de Février 1934, p. 287. (Ch. LENORMANT).

Bûcheron de 47 ans qui a eu deux crises de coliques avec vomissements survenues à huit semaines d'intervalle et étiquetées « appendicite ». Il entre à l'hôpital après la seconde crise.

Examen : Tumeur large comme la main dans la région abdominale droite, très superficielle sous la paroi.

Diagnostic : Hésitant : épiploïte, tumeur de l'épiploon ou tumeur retro-péritonéale.

Intervention : grosse tumeur, bosselée du poids de 1.100 grammes et mesurant 18 cm. sur 28 cm. et sur 10 cms Le pôle supérieur avoisine le foie auquel il est rattaché. Le pôle inférieur aminci en un pédicule tordu 4 à 5 fois de droite à gauche, pend librement dans le petit bassin.

Examen de la pièce : Tissu conjunctivo-adipeux, infarci, pas de thrombose vasculaire. Pour l'auteur, il s'agit d'une « amputation spontanée de la totalité du grand épiploon avec greffe secondaire partielle sans manifestations cliniques importantes.

Pour M Ch. LÉNORMANT et nous-même, il s'agit d'une torsion du grand épiploon adhérent au foie et séparée de son insertion colique par rupture secondaire de son pédicule

OBSERVATION N° 74 (résumé)

BRILLS : *Leeds British Méd. J.* N° 3.774, 6 Mai 1933, p. 784.

Homme de 26 ans présentant les signes d'une appendicite aiguë.

Intervention : Ascite sanglante ; torsion du grand épiploon à trois tours de spire. Résection après détorsion, appendicectomie complémentaire. Guérison simple.

OBSERVATIONS N^{os} 75 à 81 (Résumées)

FARR et R. F. BACHMANN (New York) :

Annals of Surgery vol. XLVII, n^o 5, Mai 1933,
pp. 766-772.

In *J. de Chir.*, Février 1934, p. 257.

Portent sur 7 cas de syndrome abdominal aigu sans coexistence de hernie. Masse abdominale palpable dans les sept cas

Diagnostic : 3 cholécystites 3 appendicites, septième cas : diagnostic réservé.

Intervention : Torsion du grand épiploon avec gangrène.

Deux cas de lithiase biliaire sans relation avec la torsion. Sept résections ; sept guérisons.

OBSERVATION N^o 82 (Résumé)

R. BÓNNEAU: *Bull. et Mém. Sté des Chir. de Paris.*
t. XXV, 5 mai 1933, p. 310.

Homme de 63 ans, diabétique gras qui est pris brusquement un après-midi d'une douleur en coup de poignard dans le ventre. Il souffre toute la nuit, une pilule laxative lui donne une selle abondante ; pas de nausées, pas de vomissements.

Examen : A 10 heures, le docteur JOUSSET appelé découvre dans le flanc droit une masse d'infiltration extrêmement sensible et large comme la paume de la main. Le docteur BONNEAU appelé à 11 heures, trouve cette masse, douloureuse dans son ensemble,

manifestement collée à la paroi antérieure et bien limitée à sa partie inférieure. Hypochondre souple et indolore ; région lombaire libre, moitié gauche de l'abdomen parfaite mais un peu météorisé

Urine normale. L'intervention est décidée.

Examens radiologiques : Elle est précédée à 17 heures 30 de deux examens radiologiques : l'un de l'intestin par lavement baryté, l'autre de la vésicule. Perméabilité du gros intestin, mobilité du cæcum : le diagnostic d'appendicite est rejeté. On note que la partie droite du colon transverse est attirée vers le bas. Trois calculs biliaires sont vus sans préparation entre le colon et le foie : ils sont du type cholestérino-phosphatique. On part pour une grosse cholécystite subaiguë.

Au dernier moment la paroi étant déjà iodée, le radiologiste accourt et apporte un fait nouveau : il a découvert une ombre arrondie qui est vraisemblablement un gros rein

Diagnostic : A la réflexion, le docteur BONNEAU pense à une masse d'épiploïte autour de la cholécystite.

Intervention : La palpation sous anesthésie situe cette tumeur dans le flanc et non dans l'hypochondre. Incision de 6 cm. sur le bord externe du grand droit à cheval sur l'ombilic. Péritoine œdémateux, liquide dans le ventre, éruption de l'épiploon trois fois tordu sur son pédicule dans le sens opposé à celui des aiguilles d'une montre ; extirpation. On passe à l'extirpation des calculs qui est longue et pénible. Guérison simple.

Examen de la pièce : Elle mesure 10 cm. sur 7 cm. ; son tissu est rouge, condensé, dur, ecchymotique, pas encore sphacélé. Elle a l'apparence d'une rate

OBSERVATION N° 83 (Résumé)

RENY (de Saint-Dizier) : Rapport de M. Antoine BASSET : Soc. Nat. de Chir. *Bull. et Mém.* du 5 Juil. 1933, N° 25, p. 1.115.

Femme de 36 ans, constipée chronique, qui se plaint par périodes du côté droit de l'abdomen ; le 14 décembre 1932, dans l'après-midi, elle est prise de coliques violentes dans le ventre se couche et prend un lavement qui ne produit aucun effet : augmentation des douleurs, nausées nuit mauvaise. Au matin, le médecin constate que la douleur est dans la fosse iliaque droite et pense à une appendicite.

Examen : RENEY la voit à 16 heures, température 38° Facies pâle, météorisme important, contracture de la fosse iliaque droite qui cède à un examen prolongé et laisse palper une masse rappelant un plastron appendiculaire. Vomissement bilieux pendant l'examen. Utérus et annexes normaux.

Diagnostic : Appendicite.

Intervention : Torsion du grand épiploon formant une masse grosse comme une orange, adhérente par son extrémité à un cæcum très mobile et enflammé. Le pédicule très étroit situé à la hauteur du colon transverse est le siège d'une torsion d'un tour complet dans le sens des aiguilles d'une montre. La tu-

meur épiploïque présente un aspect noirâtre caractéristique; le péritoine contient un liquide sanguinolent et d'odeur putride. Résection de toute la masse épiploïque malade Ablation de l'appendice rétro-cœcal adhérent et ne présentant pas de lésions inflammatoires particulières. Fermeture sans drainage. Guérison.

OBSERVATION N° 84 (Résumé)

LOUIS BAZY : A propos de la communication de
M. BASSET.

(Observation due à son interne JEAN CALVET)

Homme de 40 ans qui entre d'urgence à Saint-Louis avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Douleurs violentes depuis la veille au niveau de flanc droit à type de crampe douloureuse. Sensation de torsion; ni vomissements, ni nausées; le malade est allé à la selle le matin même de son entrée. Température : 38°. Pouls : 110 bien frappé.

Examen : Abdomen assez immobile, sans contracture cependant. On fait respirer à fond le malade: le ventre se gonfle légèrement, mais cette manœuvre occasionne une vive douleur. Tout le côté droit du ventre est très douloureux à la palpation; hyperesthésie cutanée correspondante remontant d'ailleurs jusqu'à l'épigastre. Il existe une discordance manifeste entre l'intensité particulière de l'hyperesthésie cutanée contrastant avec une contracture musculaire peu marquée.

Diagnostic : Pas établi.

Intervention : Incision verticale le long du bord externe du grand droit L'appendice non perméable est libre d'adhérences. Liquide trouble dans le ventre. La lésion semblant n'être pas d'origine appendiculaire ; on agrandit l'incision pour l'exploration manuelle de l'abdomen. On perçoit alors au niveau de l'hypochondre droit une masse dure, granuleuse, mobile, que l'on extériorise et qui apparaît être un fragment épiploïque de 10 cm. de large environ, plus épais que le reste de l'épiploon, appendu à celui-ci par un pédicule extrêmement serré de l'apparence d'un petit crayon et montrant une torsion des plus évidentes de trois jours de spire. Ligature en chaîne au niveau de l'épiploon sain. Guérison simple du quinzième jour.

Interrogé après coup, l'opéré raconte que depuis quelques temps déjà, il souffrait de crampes sans localisation fixe « comme si quelque chose se tordait ».

OBSERVATION N° 85 (Résumé)

RENÉ BLOCH : A propos de la communication
de M. BASSET

Premier cas : Homme d'une quarantaine d'années, pris 12 heures avant d'une crise abdominale aiguë avec douleurs violentes et température à 40°.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Liquide sale dans le péritoine ; épiploon noir, tordu sur lui-même au niveau d'un très petit pédicule. Guérison simple.

OBSERVATION N° 86 (Résumé)

RENÉ BLOCH : A propos de la communication
de M. BASSET

Deuxième cas : Femme d'une quarantaine d'années, présentant une crise typique d'appendicite de moyenne intensité avec température à 38°-38°5.

Intervention : Torsion totale de l'épiploon qui est noir et gangréné, sans liquide péritoneal. Guérison simple.

OBSERVATION N° 87 (Résumé)

GUIBAL (de Nancy) : *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* n° 28, 25 Octobre 1933, p. 1.254.
(Rapport de M ANTOINE BASSET)

Homme de 62 ans qui présente des douleurs abdominales d'abord très intenses. Ces douleurs deviennent très violentes au bout de 4 jours ; à ce moment, température 38° ; pouls légèrement accéléré ; quelques nausées sans vomissements, et, surtout, douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, mais douleurs hautes se prolongeant dans l'hypochondre droit.

Examen : Météorisme et léger empâtement du flanc droit.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Incision iliaque. Issue de sérosité rosée. Appendice sain, appendicectomie. On prolonge l'incision vers le haut pour explorer la vésicule : c'est alors qu'attirant dans la plaie le grand épi-

ploon, on constate que celui-ci est congestionné, et on trouve, accolé au colon transverse, un placard épiploïque noirâtre, logé dans une niche épiploïque très vascularisée d'où il s'énuclée facilement. Cette masse n'a pas de pédicule vrai. Sa partie supérieure s'effile comme si elle avait subi une amputation spontanée par torsion. Guérison sans incident.

OBSERVATION N° 88 (Résumé)

REDON et MIALARET, internes des hôpitaux
(Rapport de M. BASSET)

Homme de 33 ans qui a présenté des douleurs abdominales très vives il y a 36 heures. Actuellement, elles sont devenues très violentes. Pouls accéléré ; température 38°, nausées sans vomissements ; maximum douloureux, dans la fosse iliaque droite. La douleur se prolonge dans l'hypochondre droit.

Examen : Légère défense pariétale avec hyperesthésie cutanée dans la région douloureuse.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Incision iliaque. Issue de sérosité abondante. L'épiploon apparaît dans la plaie opératoire, il est repoussé vers la ligne médiane ; l'appendice est sain : appendicectomie. On pense à une perforation d'ulcère et on part pour une nouvelle laparotomie, épigastrique cette fois : aucune lésion du duodénum ni de l'estomac. Mais en attirant celui-ci à gauche pour mieux l'explorer, on fait sortir du ventre la corne droite du grand épiploon tordu de trois tours complets et formant une masse vio-

lacée de 10 cm. de haut. Résectin de l'épiploon tor-
du ; guérison sans incident.

OBSERVATION N° 89 (Résumé)

SARROSTE et REBEROL : *Soc. de Méd. Mil. Fr.* N° 10,
N° 10, An. XXVII, Juin 1933.

Soldat de 21 ans qui est pris le 30 avril 1933, dans la matinée, brutalement, de douleurs abdominales vives, avec un maximum dans la fosse iliaque droite, douleurs à type de crampes continues sans paroxysme.

Pas de vomissements, pas de nausées. Constipation sans arrêt des gaz. Température : 37°5; pouls 120.

A l'examen : Altération du facies pâleur, marquée, pouls : 120. Ventre ballonné de moyennes dimensions sans immobilité respiratoire. Douleurs et contracture nette dans toute la fosse iliaque droite, surtout au point de Mac Burney ; pas de plastron ou de tuméfaction profonde.

Signes de Rowsing et de Jacob positifs.

Toucher rectal douloureux à droite.

Pas de signes hépatique ni rénaux; pas de hernie; bronchite diffuse.

Diagnostic : Appendicite aiguë à forme grave.

Intervention : Incision de Mac Burney œdème dans la paroi, pas de liquide dans le péritoine. L'épiploon fait hernie dans la plaie il est impossible de le réintégrer. L'exploration au doigt permet de sen-

tir une tuméfaction épiploïque grosse comme une mandarine violacée, truffée d'hémorragies. On constate que cette masse est pédiculée et que le pédicule est tordu de 360° environ, dans le sens des aiguilles d'une montre. Résection après ligature en chaîne au-dessus du pédicule. Appendice sain, appendicectomie.

Examen de la pièce : nodosité indurée, constituée par du tissu fibreux (épiploïte ancienne probable) à côté de lésions aiguës : hématome ; au niveau de la torsion, on trouve des vaisseaux épiploïques tordus et thrombosés. Guérison au huitième jour.

Bibliographie

A

- AIMES. — La torsion du grand épiploon. — *Progrès Méd.*, 25 octobre 1919.
- ALBERT F. (de Liège). — Congrès de Chir., 1927.
- ALESANDROV. — Torsion of great omentum. — In *J. Med.* 13 : 14-17, 1^{er} janvier 1932.
- ALLAINES (d') G. et ROUFIAC. — Torsion intra-abd. du grand épiploon sans hernie. — *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 93 : 327, avril 1923.
- AMBROSE T. — Observation rare. — *M. J. Australia*, 1 : 52-53, 9 janvier 1932.
- ANDERSON E. L. — Torsion intra-abd. du grand épiploon. 1 cas. — *J. A. M A.*, 96 : 1.227-1.228, 11 avril 1931.
- ARNAUD MARCEL. — Fénéstration anormale du grand épiploon. — Société de Chir. de Marseille, 20 décembre 1926. (Rapport de M. SILHOL).
- AVILES M. — Kyste dermoïde et torsion intra-abdom. du grand épiploon. Importance clinique. — *Bol. Soc. de Cir.*, pp. 152-159, 22 juin 1932.

B

- BALDWIN H. F. — *Ann. of Surg.*, 36 : 940, 1902.
- BARROS LIMA. — Un caso de torsao intra-abdominal do grande épiploon. — *Brasil Med.*, 1 : 175-179, Fév. 26, 1927.
- BAZY LOUIS. — A propos du rapport de M. BASSET. — Soc. Nat. de Chir. *Bull. et Mém.* du 5 juillet 1933.
- BENDER et HEITZ. — *Rev. Gyn. et Chir. abdominale*, juillet-août 1901, p. 611.
- BLACK J M. — Abdominal torsion of omentum. — *Brit. M. J.* : 458, 7 sept. 1929.
- BLOCH RENÉ. — Deux cas à propos du rapport de M. BASSET. — Soc. Nat de Chir. *Bull. et Mém.* du 5 juillet 1933.

- BLOCK et DARMSTATTER. — *J. Am. Med. Assoc.*, Chicago, 1920.
- BONNA T. — Torsion d'un fibro-myome du grand épiploon déterminant une occlusion intestinale. — *Revue de Chir. de Bucarest*, 35 : 179-187, Mars-Avril 1932.
- BONNEAU R. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 5 mai 1933, p. 310.
- BONNET. — *Société de Chir. de Lyon*, 27 oct. 1927.
- BONNET et MICHON. — *Société de Chir. de Lyon*, 3 déc. 1925.
- BOOKMANN. — *Ann. J. of Surgery*, 1915.
- BRANDESKY (Vienne). — *Zentralblatt f. Chir.*, 27 juillet 1929, pp. 1.859-1.861.
- BRILLS. — *Leeds British Med. J.* N° 3.774, 6 mai 1933, p. 784.
- BROWN F. R. — *British Med. J.*, 30 avril 1926.
- BROWN R. — Torsion of great omentum. — *S. Clin. North America*, 7 : 1.261-1.3262. Oct. 1927.
- BUBIS. — *Surg. Gyn. Obst.*, 1919.
- BUFFALINI. — *Il Policlino Sez. Chir.*, 11 juin 1924.

C

- CAFFERATA J. — Volvulus del gran épiplon. — *Semana Med.*, 1 : 931, April 12, 1928.
- CERNEZZI. — La torsion du grand épiploon. — Vallardi, édité, Milan, 1900.
- CHANDLER E. B. — Case of abdominal torsion of great omentum. — *Canad. M. A. J.*, 18 : 579-581, mai 1928.
- CHAUVENET. — Une observation de torsion du grand épiploon. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, N° 15, 30 mai 1929.
- CINAGLIA. — Un cas de torsion intra-abd. du grand épiploon. — *J. M. Milan*, 1913.
- COEN V. — Su un caso di torsione acuta del grande omento. — *Policlinico sez. Chir.* 35 : 252. Mai 1928.
- COMSTOCK. — *Minnesota Med.* 10 : 201-202, mars 1927.
- CORACHAN M. — *Ars. Med. Barcelone* 6 : 345-348, oct. 1930.

- COTTALORDA. — Torsion de l'épiploon. — Soc. de Chir. de Marseille, séance du 3 mars 1930.
- COVARO A. A. — Torsion del gran épiplon. — *Semana med.* 1 : 223-224, 24 janv. 1929.
- CROSSAN E. T. — *S. Clin. North America* 11 : 1.467-1.470, Déc. 1931.
- COWEL — Torsion intra-abd. du grand épiploon. — *Brit. J. Surg.* 12 : 738-751, avril 1925.
- CULLEN. — *John Hopkins Hosp. Bull.*, 1905.

D

- DESMER. — Etude sur la torsion du grand épiploon. — Thèse de Paris, 5 avril 1927.
- DIETS. — Un cas de torsion intra-abd. de l'épiploon. — *Anjou Médical, Angers*, 1912.
- DUDGEON H. R. — Torsion of abdominal viscera. — *Texas State J. Med.* 23 : 388-392, octobre 1927.

E

- EITEL G. G. — A rare Omental Tumor. — *Med. Record*, 5 mai 1899.
- ERDELY J. — Torsion du troisième épiploon. — *Zentralblatt f. Chir.* T. LIX, N° 49, 3 Décembre 1932, pp. 2.932-2.926, avec 2 figures. — Analyse in *J. de Chir.*, juillet 1933, p. 98.
- ERDMANN J.-J. — New York Surgical S. 1921 — In *Ann. of Surg.*, 1921, p. 252.
- ERRICO (d') E. — Torsion primitive du grand épiploon. 2 cas originaux et revue de 29 observations rencontrées dans la littérature. — *New England J. Med.* 203 : 1.181-1.188, 11 Déc. 1930.
- Torsion primitive du grand épiploon : 1 cas — *New England J. Med.* 205 : 1.145-1.148, 10 Déc.
- ESAÛ. — *Zentralblatt f. Chir.* N° 14, 2 avril 1932, p. 867. 1931.

F

FARR et BACHMANN (New York). — *Ann. of Surg.* vol. XLVII, N° 5, mai 1933, pp. 766-772 : 7 cas. — Analyse in *J. de Chir.*, fév. 1934, p. 257.

— Analyse (Ch. LENORMANT) dans le *Journal de Chir.* Fév. 1934, p. 287.

FOLLIASSON, BECHET et DUFOUR. — Trois cas de torsion intra-abdominale du grand épiploon. — *Annales d'Anatomie pathologique*, t. VIII, N° 8, 3 déc. 1931.

FOLLIASSON et DUFOUR. — Torsions du grand épiploon. — *Ann. anat. path. et anat. normale méd. chir.*, t. IX, N° 4, avril 1932, pp 405-410.

FOSTER P.-S. — Abdominal torsion of omentum. — *Brit. J. Surg.* 15 : 522, janvier 1928.

G

GALLO A. et PINI R. — *Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Buenos Ayres* 11 : 809-815, 9 nov. 1927.

GARLOCK J.-H. — Torsion of great omentum, resection. — *Am. Surg. J.* 1 : 290-291, novembre 1926.

GATELIER et MAXIMIN. — In Th. RAMEAUX, Paris 1929.

GIRAUD J. — Torsion de l'épiploon. — *Société de Chirurgie de Marseille*, séance du 9 novembre 1931.

GIRAUD J. — Torsion intra-abdominale du grand épiploon. — *Soc. de Chir. de Marseille*, séance du 21 décembre 1931.

GUCCI. — Diagnostic de la torsion du grand épiploon. — *Revista Ospedaliera*, 30 avril 1925.

GUIBAL (de Nancy) : *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, N° 28, 25 oct. 1933, p. 1.254. (Rapport du Docteur A. BASSET).

H

HALE. — *Journal of the Med. Assoc.*, p. 977, 1917.

HANSEN T.-S. — Torsion intra-abd. du grand épiploon. — *Med. Revue Bergen*, 49 : 172-174, avril 1932.

HEDLEY. — Torsion de l'épiploon. — *British Méd. J.* : 11, 1911.

HEGER. — Balayage de la cavité abd. par l'épiploon. — *Arch. Intern. de Physiologie*, 1904.

— Contribution à l'étude expérimentale des fonctions du grand épiploon. — *Archives de Physiologie*, 1903.

HEGGE (d'Ullevaal). — *Norsk Magasine for Laegevidenskapen*. An. XV, N° 4, avril 1929, p. 395.

HEURICHSEN. — Pathogénie et cliniq. de la torsion de l'épiploon. — *Deuts. zeitsch. f. Chir.* CCXXXV, fas. 11 et 12, 26 avril 1932.

HEYRAUD. — De l'étranglement rétrograde de l'épiploon. — Thèse de Lyon, 1912.

HINTON J.-W. — Torsion du grand épiploon simulant une apendicite aiguë. — *Arch. of Surgery*, oct. 1926.

HOCHENEKG. — *Wiener Klinische Wochenschrift*.

J

IMBACH. — Vingt tours de spire dans un cas de torsion intra-abdom. du grand épiploon. — *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 230 : 423-430 ; 1931.

INTROINI L. A. — Torsion de l'épiploon. — *Revista Medica del Rosario*, N° 5, mai 1929, p. 230.

J

JEFFRIES J.-W. — Torsion intra-abdom. du grand épiploon. — *Ann. Surg.* 93 : 761-765, mars 1931.

JOHANSSON S. — Torsion of appendices épiploïcae as cause of disease. — *Acta. Chir. Scandinav.* 61 : 205-212, 1926.

K

KAERGER. — (Discussion). Hémorragies gastriques à la suite de ligature de l'épiploon. — *Deutsche Med. Wochenschrift*, T. XXXVIII, N° 33, 15 août 1912, pp. 1.569-1.572 et N° 34, 22 août, pp. 1.617-1.619.

- KNOFLACH J. G. — Ueber intra-abdominale torsion des netzes und der appendices épiploïcae. — *Deutsche Ztschr. f. Chir.*, 225 : 436-446, 1930.
- KOHLER R. — *Arch. f. Klin. Chir.* 11 : 514 ; 1918-1919.
- KOSTER H. — *Am. J. M. Sc.* 172 : 230-237, août 1926.
- KOTHE. — *Deutsche Med. Wochenschr.* 34 : 738, 1908.

L

- LAMAS A. — Arrollamento del gran epiploon. — *An. de fac. de Med. Montevideo* 13 : 1-5, Janvier-Février 1928.
- LANCE M. — Torsion de l'épiploon. — *Soc. de Chir. de Paris*, 22 avril 1910, et *Paris Chir.*, pp. 406-408.
- LANGE E. R. — *New Zealand M. J.* 25 : 175, 1926.
- LAPEYRE. — *Bull. et Mém. de Soc. de Chir. de Paris*, 20 fév. 1906.
- LA ROCHELLE F.-D. et VAIL T.-E. — Cas simulant une appendicite. — *Am. J. Surg.* 20 : 97-98, avril 1933.
- LECUIT P. — Torsion du grand épiploon intra-abdominale, pure. — Thèse Paris, 1932.
— Sur la torsion intra-abdominale pure du grand épiploon. — *Arch. Méd. d'Angers* 37 : 129-130, sept. 1933.
- LEFEBVRE. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris* 49 : 175-179, 1923.
- LEITLOFF H. — 2 cas. — *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 229 : 285-288, 1930.
- LEJARS. — Les torsions du grand épiploon. — *Semaine Med.*, 13 février 1907.
- LEJARS. — Société de Chir. 9 mai 1900 : A propos d'une communication de LUCAS-CHAMPIONNIÈRES sur une torsion intra-abd. et herniaire.
- LE PLAY A. et AMEUILLE. — Recherches exp. sur quelques relations entre le foie, la rate et le grand épiploon. — *Soc. de Biologie*, 21 déc. 1912.
- LUCCA E. — Torsion totale, adominale ed erniera del grande épiploon. — *Boll. e mem. soc. piemontese di Chir.* 2 : 1.663-1.666, 1932.

M

- MAC AULEY C — Deux cas. — *Brit. J. Surg.* 15: 387-389, Janv. 1928.
- MAC WORTHER G.-L. — Deux cas. — *Arch of Surg.*, fév. 1928.
- MAGNANI. — Contribution à l'étude de la torsion du grand épiploon. — *Il Policlino sez. prat.* An. XXXV, fas. 25, 25 juin 1928, p. 1.202.
- MALHERBE. — *Arch. Prov. de Chir.*, avril 1903.
- MAUCLAIRE. — — 1904 : *Revue de Gynéc.*
- MATRONOLA G. — Torsione endoaddominale dell'omen-
to. — *Boll. ed atti d. r. accad. med. di Roma* 54 : 232-236, Oct. 1928.
- MAZZINI O. — Torsion abdominale du grand épiploon.
1 cas. — *Semana Méd.* 2 : 1,576-1,579, 20 nov. 1930.
- MELCHIOR E. — Un cas de torsion intra-abdomin. du gr.
épiploon avec spasme et obstruction du colon trans-
verse. — *Beitr. f. Klin. Chir.* 152 : 132-138, 1931.
- MELCHIOR. — Torsion du grand épiploon. — *Zentralbl.*
f. Chirurg. t. LIX, N° 38, 17 sept. 1932.
- MONDOR. — Diagnostics urgents.
- MORESTIN — Torsion abdominale du grand épiploon. —
Bull. Soc. Anat. de Paris, 1914, pp. 85-89.
- MORRIS. — Torsion de l'épiploon, son importance clini-
que. — *Arch. of Surgery*, N° 1, janvier 1932, pp. 40-
76.
- MULLEN T.-F. — Torsion of great omentum. — *Surg. Gy-
nec. Obst.* 40 : 635, may 1925.

N

- NIXON J.-W. — Torsion of great omentum with report of
case. — *Texas State J. Med.* 20 : 659-660, avril 1925.
- NOBLE Th. B. — *American Journal of Obstetrics*, mars
1904. — In *Semaine Médicale*, 1904, p. 260.

O

- CELWEIN. — *K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien*, 8 mars
1901.

ORTIZ CANO. — Torsion intra-abd. du grand épiploon. —
J. M. La Havane, 1922.

P

PALACIOS G. G. — Torsion del gran épiplon. — *Semana Med.* 1 : 110-114, janvier 8, 1931.

PAYR. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1903, p. 501.

PECK — *Med. Record*, fév. 1900

PERIBERE R. — Le volvulus épiploïque. — Thèse de Paris, 1928, Legrand, édit. Paris.

PERIOT. — A propos de la régénération épiploïque. — *Soc. de Biologie de Marseille*, 28 juin 1927.

PICCIONE E. et G. MERLO. — Torsion totale du grand épiploon. — *Gazz. d. Hosp.* 52 : 711, 7 juin 1931.

PIERINI A — Deux cas. — *Semana Med.* 1 : 1.622-1.625, 11 juin 1931.

POLLIDORI A. — Contributo alla conoscenza della torsione dell'omento. — *Arch. ital. di chir.* 17 : 453-471, 1927.

POLLOSSON et COMTE. — Torsion abdominale chronique du grand épiploon. — *Lyon Chir.*, juillet-août 1925.
— *Lyon Chirurg.* t. XXII, 13 mars 1925.

POTHERAT. — Torsion intra-abdominale du grand épiploon. — *Bul. Soc. de Chir.*, 1909.

PRICE. — Acute torsion of the great om. 2 case report. — *Ohio M. F. Columbus*, 1922.

R

RAMEAUX J. — Contribution à l'étude de la torsion du grand épiploon. — Thèse de Paris, 1929. A. Legrand, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

REDON et MIALARET. — Torsion partielle du grand épiploon en péritoine libre. — Société nationale de Chirurgie, séance du 24 oct. 1933 : *Bulletin* N° 28, du 4 nov. 1933.

REID G. A. — *Brit. J. Surg.* 15 : 523, janvier 1928.

RENY. — Torsion intra-abdominale du grand épiploon. — *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.* N° 25, 15 juillet 1933, p. 1.115.

RIDDEL. — *Brit. Med. Journal*, 2 : 525, 18 sept. 1926.

RIEDEL. — *Münch. Med. Wochenschr.* 1905.

RITTER. — *Kentucky M. J. Tors. of the G. O.* 1922.

ROCHER H L et GUERIN. — Sur un cas de torsion de l'épiploon. — Soc. de Chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest, séance du 23 avril 1931.

ROBB D. — Abdominal torsion of omentum. — *Lancet* 2: 1.347, 20 déc. 1930.

ROCHE. — Des torsions de l'épiploon. — Thèse de Paris, 1904-1905.

RONALD A. — Des torsions de l'épiploon. — *Brit. M. J.* 1: 811, 4 mai 1929.

S

SANTORO N. — *La Clinica Chir. Ser. An.* XV, fasc. 12, déc. 1929, pp. 1.717-1.727.

SARROSTE et REBEROL. — *Soc. de Med. Mil. Fr.* N° 10. An. XXVII, juin 1933.

SCHMID. — *Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 7 mars 1906.

SCHOEFF et KELLER. — Soc. Obst. et Gyn., 1923.

SCHOENHOLZER. — In Thèse Barboni, Paris, 1911, et in Thévenard P. — *Paris Chirurgical* 3 : 38, 1911.

SCUDDER. — *Ann. of Surg.* 1904, p. 916.

SCHWARZ. — *Zentralblatt f. Chir.* Janv. 1926.

SILHOL JACQUES. — Les Epiploïtes chroniques. — 36^e Congrès français de Chir. 3 au 8 oct. 1927 à Paris. — *Informations et rapports*, p. 121.

SIMON OTTO. — *München. Med. Wochenschrift*, oct. 1905, p. 1.979.

SKEEL E.-E. — *Am. Journ. Obst.* 56 : 799-806, 1907.

SMYTHE. — Surg. gynec. obst. oct. 1906. — In *Bull. et Mém. de Soc. de Chir.* 1906.

STEWART W. — Torsion of great omentum. — *Brit. M. J.* 2 : 701, octobre 20, 1928.

SWAIN. — The Diag. of torsion of the G. O., 1919. —
Brit. M. J., pp. 202-204.

SYME. — *Inter M. J. Australia*, 1902, p 444.

T

TENIKLOFF. — Sur la torsion des pédicules de certains
viscères : épipl. testic. — *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*,
30 mars 1923.

THORECK M. — Torsion primitive intra-abd. du grand
épiploon. — *M. J. Rec.* 133 : 526-528, 3 juin 1931.

TREMOLIERES. — *Bull. et Mém. de la Soc. Anatomique*,
16 oct 1903, p. 693.

TROJAN. — *Zentralblatt f. Chir.* N° 43, 22 oct. 1927, pp.
2.705-2.706.

TUFFIER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*,
14 mars, 1906.

— Id., 15 mai 1901, p. 547.

U

URBANI L. — Torsione del grande épiploon (osservazioni
cliniche). — *Il Policlinico sez. prat.* 34 : 599-601,
april 25, 1927.

V

VAN SPANJE N. P. — Ulcère gastrique et grand épiploon:
Rôle des artères dans le mouvement propre du gr.
épiploon. — *Nedere Tijdschr. v. Geneesk.* 76 : 4.117-
4.127, 27 août 1932.

VEYRASSAT. — Diagnostic de la torsion du grand épi-
ploon. — *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 20 jan.
1916, N° 1.

VIGNARD et GIRAUDEAU. — *Arch. de Chir.*, avril 1903.

W

WAKELEY C. P. G. — Torsion of great omentum : note
on 2 cases. — *M. Press*, 127 : 38, 9 janv. 1929.

WALLACE R.H. et MILLER R.H. — Torsion primitive, —
New England J. M., 208 : 831-833, 20 avril 1933.

WEEDER S. D. — *S. Clin. North America* : 1 cas. 11 : 1.443-
1.444, Déc. 1931.

WIENER — *Ann. of. Surg. Philadelphie*, avril 1900, p. 657.

WOLFF. — *Beitrag. zur Pathogenese der Netztorsion*, —
Beitr. f. Klin. Chir. Tübingen, pp. 198-206.

Z

ZAORSKI. — Sur un cas de torsion du grand épiploon.
— *Polski Przegląd Chir.* t. VII, fasc. 2, 1928, p. 257.

Vu :

Le Président de Thèse,

LOMBARD.

Vu :

Le Doyen,

LEBLANC.

Vu et Permis d'Imprimer,

Alger, le 4 Juillet 1934.

Le Recteur : G. HARDY.

